UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1911-1912 N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Tumeurs Mixtes de la Glande

SOUS-MAXILLAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 FÉVRIER 1912

PAR

Edgard BARBIN

Né à Montoir (Loire-Inférieure) le 17 Mai 1885

Examinateurs de la Thèse	MM. VILLAR, professeur............	*Président.*
	MOURE, professeur-adjoint.....	*Juges.*
	BÉGOUIN, agrégé............	
	GUYOT, agrégé...............	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BARTHÉLEMY & CLÈDES

8 *bis*, rue des Frères-Bonie, 8 *bis*

1912

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1911-1912 N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Tumeurs Mixtes de la Glande

SOUS-MAXILLAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 FÉVRIER 1912

PAR

Edgard BARBIN

Né à Montoir (Loire-Inférieure) le 17 Mai 1885

Examinateurs de la Thèse

MM. VILLAR, professeur............	*Président.*	
MOURE, professeur-adjoint.....	*Juges.*	
BÉGOUIN, agrégé.............		
GUYOT, agrégé...............		

BORDEAUX

IMPRIMERIE BARTHÉLEMY & CLÈDES

8 *bis*, rue des Frères-Bonie, 8 *bis*

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES.................................... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY........................	Professeurs honoraires.
PICOT........................	
LANELONGUE........................	
VERGELY........................	
LAYET........................	
BADAL........................	
JOLYET........................	

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN. PITRES.	Pharmacie...............	DUPOUY.
Clinique externe	DEMONS. VILLAR.	Matière médicale	BEILLE.
Pathologie et thérapeutique générales........	CASSAET.	Médecine expérimentale.	FERRE.
Clinique d'accouchements..................	LEFOUR.	Clinique ophtalmologique....................	LAGRANGE.
Anatomie pathologique..	COYNE.	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.	DENUCÉ.
Anatomie	GENTES.	Clinique gynécologique .	CHAVANNAZ.
Anatomie générale et histologie..................	VIAULT.	Clinique médicale des maladies des enfants ..	MOUSSOUS.
Physiologie..............	PACHON.	Chimie biologique.........	DENIGES.
Hygiène..................	AUCHE.	Physique pharmaceutique	SIGALAS
Médecine légale..........	LANDE.	Pathologie exotique	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale....	BERGONIÉ	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques................	DUBREUILH
Chimie..................	BLAREZ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON
Histoire naturelle	GUILLAUD.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.................MM. MOURE.
Clinique des maladies mentales .... REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*)

MM. VERGER	MM. PETGES.
ABADIE.	J. CARLES.
CRUCHET.	

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe...	MM. VENOT. GUYOT. ROCHER.	Accouchements....	MM. CHAMBRELENT. PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie...............	MM. PRINCETEAU. CAVALIE. AUBARET.	Physiologie........	MM. DELAUNAY (chargé)
		Histoire naturelle..	MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..................	M. BENECH.	Pharmacie.............	MM. BARTHE. LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie.. MM. MONGOUR.
Médecine opératoire .... BEGOUIN.
Accouchements .... PERY.
Physiologie... N...
Ophtalmologie... CABANNES.
Clinique dentaire .... CAVALIE.
Anatomie et Physiologie élémentaires (Étudiants en Chirurgie dentaire et élèves sages-femmes)................................ SELLIER.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA NIÈCE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES, MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HOPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Parvenu au terme de nos études, ce nous est un bien doux devoir que de remercier tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

Et d'abord, c'est à mon père, qui me fit profiter de sa grande expérience acquise par plus de 40 ans d'exercice de la médecine, que je dédie ce modeste travail, bien faible compensation de son incessant dévouement et de l'affection qu'il m'a toujours témoignée.

Nous adressons aussi nos remerciements à nos maîtres à l'Ecole de médecine et dans les hôpitaux de Nantes ; nous ne saurions oublier leur bienveillance et les conseils éclairés qu'ils nous ont toujours prodigués.

A M. le Docteur Pierre-Nadal, qui nous inspira le choix de notre thèse et qui nous guida dans ce travail, nous adressons nos plus sincères remerciements.

Que M. le Professeur Villar daigne recevoir l'hommage de notre profonde gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait, en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Généralités.

Les tumeurs mixtes dites du type salivaire ont été particulièrement étudiées dans ces dernières années. Mais ces tumeurs-là affectent, on le sait, non seulement le voisinage des glandes salivaires et l'intérieur de leur loge, mais encore les diverses régions de la face correspondant aux sutures de la face primitive. Leur fréquence maxima est au niveau de la loge parotidienne. Celles de la sous-maxillaire, tout en constituant la majeure partie des tumeurs de cet organe, sont incomparablement plus rares, dans la proportion de 1/15e environ.

Un grand nombre de travaux concernant ces tumeurs, ont vu le jour en ces dernières années et ont remanié du tout au tout la conception pathogénique qu'on en avait, il y a peu de temps encore. Ces recherches, d'ailleurs, n'ont pas été appliquées plus particulièrement aux tumeurs mixtes de la sous-maxillaire : Il est vrai de dire que celles-ci n'ont pas de caractères absolument tranchés, qui les séparent nettement des tumeurs mixtes parotidiennes de celles de la voûte palatine, du sillon naso-génien et de la lèvre.

L'étude des tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire en particulier a été faite à diverses reprises et tout récem-

ment par Chevassu, dans un travail d'ensemble sur les néoplasmes de cet organe. Ces tumeurs ont subi les mêmes fluctuations d'interprétation que les tumeurs mixtes en général ; c'est ainsi qu'elles ont pu être considérées, tantôt comme des chondromes purs, tantôt comme des épithéliomes à trame polymorphe, tantôt comme des endothéliomes, tantôt comme des tumeurs sarcomateuses, tantôt enfin comme des tumeurs mixtes à souches tissulaires multivalentes.

Ayant eu l'occasion d'étudier particulièrement un cas de tumeur mixte de la loge sous-maxillaire, recueilli dans le service de M. le Professeur Demons, à l'hôpital Tastet, cas dont l'examen microscopique a pu être fait aussi complètement que possible, nous avons cru pouvoir nous en servir pour apporter notre modeste contribution à l'étude de ces tumeurs.

CHAPITRE II

Étiologie.

La glande sous-maxillaire est rarement le siège de tumeurs primitives. Les auteurs ont prétendu en chercher la cause, soit dans l'absence de causes d'irritation traumatique, soit dans la rareté des lésions inflammatoires chroniques de l'organe. On a fait observer que la glande sous-maxillaire est admirablement protégée contre les traumatismes par la branche horizontale du maxillaire, dans laquelle elle se creuse une sorte de dépression plus ou moins profonde, et que, d'autre part, la nécessité de protéger les organes du cou (larynx, etc.), contre tout traumatisme, fait bénéficier la glande sous-maxillaire de tous les réflexes instinctifs, protecteurs de la région.

Les auteurs qui inclinent vers l'idée d'une origine microbienne des tumeurs et des cancers en particulier, voient également dans l'innocuité relative de la glande sous-maxillaire pour les infections chroniques, la cause de son immunité pour le cancer primitif.

Quoiqu'il en soit, la connaissance plus approfondie que nous avons des tumeurs mixtes, la notion de leur siège ex-

tra-glandulaire, celle de leur origine congénitale enlèvent à ces considérations la plus grande partie de leur poids.

Comme la plupart des tumeurs congénitales, les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire sont signalées dans l'enfance, mais elles n'occupent le chirurgien que plus tard. Leur évolution bénigne les fait d'abord prendre pour des adénites banales et leur développement exagéré, ou leur dégénérescence maligne, ne s'effectuent que plus tard à l'âge adulte, ou même vers la vieillesse. La statistique de Minet, nous montre que le début *apparent* de ces tumeurs est le plus fréquent dans le jeune âge. L'auteur en conclut, on ne sait pourquoi, que ces tumeurs-là sont surtout l'apanage de l'adulte !

En réalité, anatomiquement, la tumeur est surtout constatée chez les jeunes sujets, cliniquement et chirurgicalement, c'est une tumeur de l'adulte, parce que sa bénignité fait qu'on la laisse évoluer très tard.

Le sexe ne paraît pas jouer un rôle appréciable dans le déterminisme des tumeurs mixtes sous-maxillaires.

Le traumatisme ou les causes irritatives du même ordre, ne nous paraissent guère pouvoir jouer un rôle dans la naissance de ces tumeurs. En revanche, nous ne ferons aucune difficulté de leur en attribuer un assez important, dans les brusques augmentations de volume et dans les transformations malignes. Nepveu rapporte une observation, dans laquelle l'application intempestive d'un caustique eut un effet désastreux sur l'accroissement de la tumeur.

Chez la femme, plusieurs observations signalent l'influence de la grossesse comme ayant amené une hyperplasie rapide de la tumeur.

Les lésions dentaires ont été invoquées par certains auteurs, comme cause provocatrice de ces tumeurs. Avant d'attacher à cette idée une grande importance, il faut songer combien sont fréquentes les altérations des dents, si on veut bien les rechercher systématiquement chez tous les

malades. D'ailleurs la congénitalité de l'affection nous éloigne de cette idée.

Il serait peut-être plus intéressant de rechercher chez des malades atteints de tumeur mixte, les stigmates des troubles du développement de la face et de toute la région branchiale ; on arriverait vraisemblablement à constater une relation assez étroite entre ces accidents de développement et les tumeurs mixtes, qui ne sont que l'un d'eux, d'après nos idées actuelles ; malheureusement, ce côté de la question n'a guère été envisagé dans les observations que nous avons eues entre les mains. (Morestin).

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique.

Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire sont à cet organe ce qu'elles sont aux autres glandes salivaires, surtout à la parotide ; elles sont les analogues et même les homologues des tumeurs si communes du sein, connues sous le nom de fibro-adénomes. Elles sont par conséquent congénitales et étrangères en réalité au tissu glandulaire, avec lequel elles n'affectent le plus souvent que des rapports de contiguité, même dans les cas rares où elles semblent avoir contracté des adhérences, même dans les cas exceptionnels, où, comme dans l'observation du Kuttner, elles sont entièrement englobées dans le parenchyme salivaire.

Le volume de ces tumeurs est généralement minime ; quelques-unes atteignent cependant le volume du poing ; dans le cas de Morestin, la tumeur était véritablement monstrueuse, elle atteignait le poids de 6 kgs. La forme est voisine d'un globe ou d'un ovoïde, cependant, elle peut subir des déformations, lorsque très développée, elle vient comprimer les organes ambiants.

Les tumeurs mixtes sont rarement tout à fait lisses, elles présentent presque toujours des bosselures plus ou moins marquées.

La consistance est dans l'ensemble très ferme et très inégale ; le palper peut y discerner des zones de fluctuation. On y rencontre aussi de véritables kystes

A la section on se trouve en présence d'un tissu généralement blanchâtre ou blanc grisâtre, semi-transparent, liquéfié par places.

Il est facile d'y reconnaître déjà macroscopiquement les zones brillantes et nacrées qui correspondent aux portions cartilagineuses ; les zones plus opaques correspondent aux portions riches de tissu glandulaire ; les zones claires, gélatineuses et succulentes qui indiquent des points myxomateux.

Le mot de tissu osseux figure dans certaines observations, mais aucune description histologique précise ne vient confirmer cette idée et pour notre part, nous pensons que les tumeurs mixtes, pas plus à la sous-maxillaire qu'ailleurs, ne contiennent volontiers d'os véritable.

Au microscope, ces tumeurs apparaissent constituées essentiellement par ces trois variétés de tissus, mais leurs territoires respectifs sont impossibles à délimiter. Il existe entre ces diverses variétés de tissu des transitions insensibles. si bien que même les portions épithéliales ne tranchent pas nettement sur leur stroma.

Les épithéliums s'y présentent sous leurs diverses variétés. Sans suivre Minet dans les innombrables subdivisions en types secondaires, nous distinguerons quatre ordres de formations épithéliales :

1° Des formations glandulaires en tubes simples ou ramifiés et en cavités kystiques, tapissées d'épithéliums cubiques.

2° Des amas polymorphes presque atypiques, à contours estampés et diffus analogues aux amas cellulaires des nævi.

3° Des formations pavimenteuses, réparties en globes épidermiques plus ou moins imparfaits.

4° Des formations vraiment malpighiennes caractérisées au complet par les épines de Schülze, formant trait d'union entre des cellules polyédriques.

Tissu cartilagineux. — Il se présente rarement sous l'aspect du cartilage hyalin type ; le plus souvent, il s'agit de cartilage à cellules ramifiées ; le fibro-cartilage peut s'y rencontrer aussi comme nous avons pu le voir dans notre observation personnelle.

Ces zones cartilagineuses sont quelquefois nodulaires (Chevassu), mais le plus souvent elles sont diffuses et se continuent sans transition soit avec le tissu muqueux, soit avec le tissu fibreux.

Le tissu fibreux ne présente rien de particulier, on peut y observer cependant des foyers de prolifération intense, rappelant une dégénérescence sarcomateuse imminente.

Le tissu muqueux présente ici ses caractères habituels, cellules étoilées en araignée, substance intercellulaire fluide et claire ; il semble dans certains points n'être que l'ébauche du tissu cartilagineux qui lui fait suite.

En somme, l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs en fait des tumeurs mixtes au sens le plus strict du mot, elles contiennent en effet, non seulement des tissus assez bien définis, mais encore des tissus de transition, tenant à la fois de plusieurs espèces tissulaires et par conséquent véritables tissus mixtes.

Eclairée par l'Anatomie Pathologique, la Pathogénie de ces tumeurs aujourd'hui à peu près élucidée, nous sera d'une étude facile ; les mots d'épithéliome à trame polymorphe, ou d'enthéliome, ou d'enchondrome qui ont été appliqués à ces tumeurs se révèlent d'emblée insuffisants, comme donnant à une espèce tissulaire une prépondérance qu'elle ne possède pas.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

La Pathogénie des tumeurs mixtes de la sous-maxillaire a été englobée dans l'étude pathogénique des tumeurs mixtes en général et ces dernières ont été le sujet de discussions très vives et ont subi des interprétations très variées.

Les principales théories émises peuvent se grouper de la façon suivante :

1° Théories épithéliales glandulaires.
2° Théories mésodermiques (endothéliales).
3° Théories embryonnaires.

Théorie épithéliale. — La théorie épithéliale dite pendant longtemps Théorie Française, par opposition à la Théorie Allemande, considère ces néoplasmes comme des épithéliomas formés aux dépens de l'épithélium glandulaire. Elles négligeaient les caractères très particuliers, tels que présence de cartilage ou de formations malpighiennes. Notre maître, M. le professeur Malherbe, de Nantes, et son école, ont soutenu énergiquement la théorie épithéliale et ont contribué à faire discréditer la théorie endothéliale et les interprétations histologiques qui s'y rattachent. Malherbe donnait à

ces tumeurs-là le nom d'épithéliomas à trame polymorphe, nom très expressif et très utile en ce qu'il ne préjugeait rien de leur origine et de leur nature.

La théorie épithéliale ne fournit pas en somme une explication pathogénique complète des tumeurs qui nous occupent. Elle n'explique pas notamment la présence des tissus cartilagineux qu'elle se borne à constater, elle a seulement rendu aux anatomo-pathologistes, le grand service de les empêcher de s'égarer sur les conceptions allemandes.

Théories connectives. — Dans certaines tumeurs mixtes dites simplifiées c'est-à-dire à prédominance cartilagineuse ou fibreuse, par exemple, il peut arriver que les manifestations épithéliales passent inaperçues et que la tumeur semble être un néoplasme connectif simple.

C'est ainsi qu'un certain nombre d'observations portent l'étiquette insuffisante d'enchondrome de la sous-maxillaire.

Mais c'est surtout la *théorie endothéliale* de ces tumeurs qui, il y a quelque temps, faillit bouleverser la conception qu'on en avait. Cette théorie défendue surtout en Allemagne par Kaufmann, par Nasse, par Kuttner, fut adoptée par un certain nombre d'auteurs français, Curtis et Phocas, Bosc et Jeanbrau, mais sa vogue dura peu et actuellement elle est tout à fait abandonnée.

La *théorie endothéliale* n'avait aucun avantage, puisqu'elle n'expliquait pas plus que la théorie glandulaire les formations cartilagineuses, et elle avait sur cette dernière le désavantage de se heurter aux figures glandulaires et malpighiennes parfois extrêmement nettes que l'on rencontre dans ces tumeurs.

Théories embryonnaires. — Toutes les théories tendant à expliquer les tumeurs mixtes comme dérivant de l'utilisation anormale de germes embryonnaires ne se distinguent guère les unes des autres que par des nuances de mots.

Elles se ramènent toutes à la théorie de Bard de la cellule nodale.

Pour les uns (Pitance) ces tumeurs se développent aux dépens d'ébauches épithéliales inutilisées pour la formation de la glande sous-maxillaire.

Pour d'autres (Cunéo et Veau) l'origine est plus complexe et remonte à des vestiges persistants d'arcs branchiaux.

Pour d'autres encore (Forgue et Massabuau) ces tumeurs là seraient de véritables embryomes simplifiés dans leur structure.

Chevassu, voulant apporter sa contribution à l'étude de la question, les a baptisés *enclavomes* parce qu'elles se trouvent incluses dans les tissus ; on aurait pu aussi bien leur donner le nom de *persistomes* parce qu'elles persistent indéfiniment sauf intervention.

Que l'on fasse remonter leur origine plus ou moins loin, ce n'est là qu'une question de degrés et tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre qu'elles proviennent de tissus polyvalents correspondant précisément à ce que Bard aurait appelé *tissus nodaux*.

Cette conception nous rend parfaitement compte de la Pathogénie de toutes les tumeurs tératoïdes de la région ; pour celles en particulier qui nous occupent aujourd'hui, elles expliquent fort bien toutes les caractéristiques de ces tumeurs, à savoir : Le polymorphisme des éléments tant épithéliaux que conjonctifs qui les constituent, et la présence de tissus bâtards de transition que l'on y rencontre toujours.

CHAPITRE V

Symptômes.

Le début de ces tumeurs passe souvent inaperçu. La fréquence avec laquelle les enfants présentent de petites adénites chroniques sous-maxillaires, fait qu'elles échappent à l'attention. Tant qu'une tuméfaction de cette région reste petite, elle n'a pour ainsi dire pas d'histoire.

On a voulu considérer comme des signes de tumeurs de la sous-maxillaire, certains troubles fonctionnels, sialorrhée, ou, au contraire, diminution de la sécrétion. Ces troubles, rarement constatés et contradictoires, n'ont aucune signification.

Un signe fonctionnel beaucoup plus important, bien que rare, du moins au début, est la douleur. Cette douleur est vraisemblablement sous la dépendance de compressions nerveuses ou de tiraillements de filets nerveux avoisinant la loge ; mais ce signe est, lui aussi, un signe d'exception.

La symptomatologie de la tumeur mixte au début est donc très sobre. Elle se réduit à la constatation physique de la tuméfaction et à ses caractères.

Le siège de la tumeur est la loge sous-maxillaire. Ainsi, que la tumeur soit extérieure à la glande, à proprement parler, elle est comme elle contenue dans la même loge

ostéo-fibreuse, et elle paraît, comme le dit Chevassu, faire corps *cliniquement* avec la glande.

Elle constitue un petit nodule très mobile sous la peau, relativement mobile sur les plans profonds, *très peu apparent* à la vue, noyée qu'elle est dans le tissu cellulaire sous-maxillaire, très sensible au toucher, parce qu'elle ne fuit pas sous le doigt, reposant vers la profondeur sur des plans musculaires assez résistants.

Elle n'est nullement sensible au toucher, excepté dans des cas très rares (observation de Lannelongue, où d'ailleurs les douleurs apparurent tardivement).

La tumeur mixte n'a aucune tendance à proéminer vers la cavité buccale, où cependant le palper peut la faire sentir ; elle tend, au contraire, à s'extérioriser sous le bord inférieur du maxillaire. Son accroissement se fait en bas et en dehors.

Au fur et à mesure que le volume augmente, la forme de la tumeur se modifie, et il s'y introduit des variations de consistance qui la rendent plus caractéristique. Ainsi sur la dureté générale de la tumeur, due aux parties cartilagineuses, peuvent se rencontrer des points ramollis et même des zones franchement fluctuantes ; c'est le cas pour l'une des observations de Chevassu et pour notre observation personnelle.

Les tumeurs mixtes présentent habituellement les caractères des tumeurs bénignes ; c'est-à-dire qu'on y perçoit un encapsulement absolument complet et que, quelle que soit la forme de la tumeur, il est possible d'en apprécier les contours. Elles ne se continuent pas diffusément avec les tissus ambiants ; elles ne les envahissent pas ; elles ne les rétractent pas.

Cet encapsulement parfait a pour résultat de donner à ces tumeurs une mobilité parfaite. C'est ainsi qu'elles glissent facilement sous la peau et qu'elles sont également mobiles sur les plans profonds. Dans notre observation personnelle, la tumeur, malgré son volume, était franchement mobilisable ; elle faisait, à vrai dire, corps avec la glande

sous-maxillaire dont les vestiges la coiffaient comme une calotte ; mais l'ensemble constitué par la glande et la tumeur avait une mobilité absolue. La tumeur, si elle adhère à la glande, entraîne celle-ci avec elle et la mobilité clinique n'en est pas compromise.

L'exploration de la glande sous-maxillaire en vue de l'étude des caractères d'une tumeur mixte doit se faire d'une façon un peu particulière.

Tout d'abord il importe de mettre la tête en flexion et inclinaison latérale, de façon à relâcher absolument toute la musculature de la région. Dans ces conditions, les doigts réunis en griffe viennent accrocher la glande sous le rebord inférieur du maxillaire ; la tumeur comprimée contre l'os laisse apprécier ses caractères de volume et de consistance ; énucléée entre les doigts et le maxillaire, elle manifeste sa mobilité extrême. L'examen doit être complété par l'exploration buccale et bi-digitale qui permet de pincer la tumeur pour une exploration facile entre le pouce resté en dehors, dans la région sous-maxillaire, et, d'autre part, l'index où le médius venant agir sur le plancher buccal.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Il est très facile, en général, de porter le diagnostic de tumeur bénigne, ou plus exactement, comme le dit Chevassu, de tumeur encapsulée et mobile (ces caractères classiques de tumeur bénigne étant souvent compatibles avec des lésions peu avancées de dégénérescence maligne).

Nous avons donc affaire à une tumeur encapsulée et par conséquent mobile, très mobile même. Cette tumeur peut, dans la région incriminée, être, soit une tumeur ganglionnaire (tuberculose ou néoplasme), soit une tumeur glandulaire maligne ou bénigne, soit une tumeur paraglandulaire (tumeur mixte), soit enfin un kyste congénital de la région.

Une tumeur maligne pouvant à son début rester encapsulée sera cependant soupçonnée d'après son évolution. Les tumeurs malignes sont des tumeurs de l'adulte mûr. Elles évoluent avec rapidité ; elles ne tardent pas à pratiquer l'effraction de la capsule et à contracter des adhérences de voisinage, ce qui les fait tomber dans la catégorie des tumeurs non encapsulées et éclaire le diagnostic.

Toutes les fois qu'une tumeur très ancienne, découverte depuis le jeune âge du sujet, évoluera lentement et n'aura

pas subi récemment d'accroissement brusque, le diagnostic de néoplasme malin sera facilement écarté.

D'ailleurs les tumeurs malignes primitives de la glande sous-maxillaire sont rarissimes.

Très rares aussi sont les tumeurs bénignes de la glande, adénomes, épithéliomes dendritiques, etc. Elles sont tellement exceptionnelles que leur diagnostic exact sera la plupart du temps impossible ; mais en ce qui concerne leur différenciation d'avec les tumeurs mixtes, c'est surtout la consistance particulière de ces dernières qui en fera tous les frais.

Les kystes branchiaux sont relativement faciles à diagnostiquer, à leur forme, toujours globuleuse et lisse — tandis que la tumeur bénigne peut être bosselée — à leur consistance et à la sensation particulière de fluctuation dont ils sont le siège.

Dans le cas de tumeur kystique soupçonnée, la ponction exploratrice tranchera la question.

Les adénites ou tumeurs ganglionnaires de la région sont la cause du plus grand nombre d'erreurs de diagnostic, à cause de leur fréquence extrême et de leurs rapports étroits avec la glande.

Lorsque plusieurs ganglions sont atteints à la fois, le diagnostic est plus facile parce que les tumeurs mixtes n'ont pas encore été rencontrées multiples ; mais la différenciation est plus ardue dans le cas de ganglion unique. Elle deviendrait impossible, si une tumeur mixte au début coïncidait avec une pléiade ganglionnaire d'adénite chronique. Le fait s'est déjà présenté et la fréquence des adénites sous-maxillaires rend très vraisemblable et très facile le renouvellement d'une pareille coïncidence.

L'excès de la mobilité est d'après Chevassu en faveur de la tumeur mixte. On comprend, en effet, que les hypertrophies ganglionnaires étant pour la plupart le résultat de phénomènes inflammatoires, il y ait altération inflammatoire de la capsule et qu'il se produise ainsi un certain degré de périadénite. Dans ces cas, la mobilité sera légèrement gê-

née, sans aller toutefois jusqu'à l'adhérence intime aux tissus qui caractérise les tumeurs malignes diffusées.

On a voulu faire jouer un rôle important dans le diagnostic de ces tumeurs à leur siège initial ; on a longtemps pensé que les tumeurs mixtes auraient un siège plutôt antérieur, et que les ganglions se développaient plutôt en arrière, vers l'angle du maxillaire, mais ce caractère différenciel n'a pas paru aux auteurs récents mériter d'être confirmé.

Chevassu pense qu'une exploration digitale très soignée pourrait faciliter le diagnostic de tumeur para-glandulaire et de tumeur extra-glandulaire. On pourrait, dit-il, palper soigneusement la glande et la retrouver en dehors de la tumeur. On percevrait ainsi deux masses distinctes, l'une comprenant la tumeur, l'autre correspondant à la glande. Il faut considérer ce caractère comme précaire. La glande d'un sujet normal est difficilement perceptible au palper. S'il existe un néoplasme dur, il sera difficile d'affirmer si les tissus palpés en dehors du néoplasme comprenaient la glande ou seulement les muscles et les autres organes du plancher buccal.

On connaît sous le nom de signe de Talazac, un procédé de recherche clinique qui consiste en ceci : Introduire un stylet dans le canal de Warthon, aussi profondément que possible, ensuite saisir entre les doigts la tumeur constatée et lui imprimer des mouvements de latéralité aussi étendus que possible ; si la tumeur est glandulaire, affirme Talazac, le stylet reçoit la répercussion des mouvements imprimés à la tumeur et est affecté de mouvements oscillatoires synchrones au mouvement communiqué. Si, au contraire, la tumeur est extra-glandulaire, ganglionnaire par exemple, le stylet ne subira aucun entraînement.

Minet, Morestin, Chevassu, ne paraissent accorder aucune espèce de crédit au signe de Talazac. Un très grand nombre de conditions peuvent, en effet, faire varier le résultat, et d'ailleurs il est parfois bien difficile d'entraîner dans un

mouvement latéral une tumeur de la région sous-maxillaire, sans intéresser du même coup les parties molles du plancher buccal et la glande sous-maxillaire. La possibilité de ces tiraillements permet de comprendre que le résultat soit facilement faussé.

Le caractère le plus important des tumeurs mixtes salivaires réside dans leur consistance, et les irrégularités de cette consistance. Lorsqu'on palpe une de ces tumeurs, on a l'impression de bosselures plus accentuées en apparence qu'en réalité. Cette sensation de bosselure est due à l'alternence entre des zones cartilagineuses, parfois même calcifiées et d'autres zones plus molles, plus dépressibles et même fluctuantes, correspondant à des portions myxomateuses.

D'autre part, dans un certain nombre de cas, l'état général du sujet fait incliner l'opinion du chirurgien vers le diagnostic spécial d'adénite strumeuse, par exemple, ou bien l'en éloigne.

Dans le cas de ramollissement, la ponction exploratrice doit être pratiquée et sera d'un précieux secours.

Il n'est guère d'autres lésions de la région sous-maxillaire qui puissent donner lieu à des erreurs de diagnostic avec les tumeurs mixtes.

Signalons, cependant, les tumeurs périostiques de la face interne du maxillaire, dont les adhérences à l'os sont généralement faciles à mettre en évidence par le palper bi-digital et dont l'évolution n'est pas celle de la tumeur mixte ; l'actinomycose caractérisée par son extension en placards gagnant la face, par son allure inflammatoire, ses adhérences à la peau, etc., est rendue indiscutable après suppuration par l'étude de grains jaunes.

Les tumeurs superficielles, lipomes sous-cutanés, kystes salivaires ne sauraient donner lieu à aucune hésitation. Les lymphosarcomes ont l'évolution de tumeurs malignes, les adénites aiguës sont caractérisées par les phénomènes inflammatoires, par la douleur, etc. Les adénopathies sy-

philitiques sont dénoncées soit par les vestiges en activité du mal, soit par les traces cicatricielles, soit par les anamnestiques, soit par l'efficacité du traitement.

Quant aux tumeurs bénignes simples, aux fibromes simples, aux enchondromes simples, ils sont vraisemblablement le résultat d'erreur d'interprétation. De telles tumeurs n'existent pas ; ce sont seulement des tumeurs mixtes avec prédominance de l'une des diverses variétés tissulaires, aussi ne suivrons-nous pas les auteurs, qui, comme Minet, essayent d'établir un diagnostic entre ces diverses tumeurs et les tumeurs mixtes.

Il nous reste un mot à dire des adénites cancéreuses sous-maxillaires résultant de la généralisation de tumeurs cachées, ou de la récidive ganglionnaire de tumeurs opérées depuis longtemps. Dans ces derniers cas, c'est à l'histoire du malade et aussi à l'évolution du mal qu'il faudra demander la clef de l'énigme.

Lorsque la tumeur, en présence de laquelle on se trouve, est une tumeur mixte en dégénérescence maligne, on ne sera pas embarrassé pour en faire le diagnostic, du moins habituellement ; en effet, quand on observe cet accident, c'est après une longue période de latence. Le malade raconte qu'il a eu depuis son enfance une glande dans la région sous-maxillaire, que cette glande a subi un accroissement extrêmement lent, entrecoupé de longues périodes de torpeur *complète*, et qu'enfin depuis peu, soit à la suite d'un traitement intempestif, soit sous l'influence d'un trauma ou d'une irritation chronique, soit même sans cause appréciable, il y a eu développement brusque de la tumeur dont l'évolution a, depuis ce moment-là, revêtu les caractères d'une malignité indiscutable. Cette histoire en deux périodes, l'une très longue, l'autre très courte, caractérise presque à coup sûr les tumeurs mixtes ayant subi la dégénérescence maligne.

CHAPITRE VII

Pronostic.

On s'accorde à considérer comme extrêmement bénin, le pronostic des tumeurs mixtes en général et de celle de la glande sous-maxillaire en particulier.

La plupart de ces tumeurs gardent, en effet, les caractères de tumeurs bénignes, encapsulement, mobilité, absence de retentissement ganglionnaire, de généralisation et de cachexie.

Presque toujours le chirurgien est appelé à intervenir, soit pour la gêne causée, lorsque la tumeur est devenue volumineuse (Morestin), soit pour des raisons d'esthétique.

Tout à fait exceptionnellement, ce sont des phénomènes douloureux qui peuvent conduire le malade à accepter une intervention.

Mais à la période si longue de latence bénigne, peut succéder une dégénérescence maligne. Alors on voit la tumeur devenir tout à coup redoutable, se comporter comme le pire des cancers et fournir des colonies aberrantes, ganglionnaires, pulmonaires, etc.

Le pronostic d'une tumeur mixte, après transformation maligne, devient extrêmement sombre.

D'ailleurs le malade ayant pris l'habitude de ne pas s'inquiéter de sa tumeur, tarde plus à se mettre entre les mains du chirurgien, que le sujet atteint d'un cancer d'emblée.

Chevassu fait remarquer que les tumeurs mixtes, même les plus bénignes en apparence, comprennent des zones histologiquement malignes et que par suite, leur pronostic doit s'en ressentir. C'est là, à notre humble avis, abuser de l'autorité du microscope. La malignité est un caractère clinique, et ne saurait être histologique. En réalité, tant qu'une tumeur restera cliniquement bénigne, il sera irrationnel d'aller invoquer, pour en assombrir le pronostic, une prétendue malignité histologique qui ne se traduit par aucun effet fâcheux. Avons-nous jamais songé à nous consoler de la malignité clinique d'un cancer à marche rapide, en y recherchant des zones histologiquement bénignes ?

En somme la tumeur mixte sous-maxillaire est un néoplasme bénin, il évolue longtemps parfois toute l'existence du malade qui le porte, d'autres fois jusqu'à l'extirpation, comme une tumeur absolument bénigne ; il est susceptible, aussi, comme toutes les tumeurs bénignes, de la transformation cancéreuse ; cette dégénérescence est d'ailleurs très rare et toujours tardive.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Il se résume dans les deux formules de Chevassu :

1° Les tumeurs mixtes « doivent être opérées, car elles n'ont aucune tendance à la régression spontanée et risquent de dégénérer en tumeurs malignes ».

2° « Elles doivent être opérées le plus tôt possible, car sous le masque de la tumeur encapsulée se cachent parfois des tumeurs franchement malignes qu'on n'opère jamais trop tôt. »

Chevassu ajoute : « Elles doivent être opérées largement ». Mais cette règle s'applique à toutes les tumeurs encapsulées de la glande sous-maxillaire. Si l'on se cantonne à l'étude des tumeurs mixtes, cette dernière proposition a beaucoup moins d'importance. En effet, les tumeurs mixtes sont para-glandulaires et souvent, lorsqu'elles sont petites, elles n'ont presque aucune adhérence avec la glande. En ce cas-là

l'encapsulement est absolu, la bénignité complète et le plan de clivage qui se manifeste doit être utilisé par le chirurgien sans autre précaution.

Que si par hasard la tumeur adhère à la glande, ou si, très volumineuse, elle a étiré et aplati la glande à sa surface, il ne faudra pas prolonger la recherche du plan de clivage. A plus forte raison devra-t-on opérer sans parcimonie, lorsque des sursauts de croissance de la tumeur auront donné l'éveil, et fait soupçonner une transformation maligne.

Les tumeurs mixtes de la sous-maxillaire ont une tendance à se faire jour au dehors et à tomber par leur propre poids le long de la face latérale du cou (cas de Morestin). Cette tendance indique la voie d'accès rationnelle et l'extirpation en est généralement des plus simples.

Dans le cas de tumeur petite, chez des sujets jeunes, par conséquent, surtout s'il s'agit de jeunes filles ou de jeunes femmes, le souci de l'esthétique peut dicter une autre conduite. Dans de tels cas, on cherchera à utiliser la voie buccale et à atteindre la tumeur en incisant le plancher buccal. Un aide refoulera la région sous-maxillaire pour donner à la tumeur une saillie plus marquée vers la bouche. La difficulté de l'intervention sera augmentée, mais les résultats esthétiques seront parfaits.

Dans les cas de dégénérescence maligne de ces tumeurs au début, l'extirpation devra être tentée très largement avec poursuite de tout le tissu cellulaire suspect et des ganglions de la région, ainsi que des ganglions de la chaîne carotidienne. Dans le cas d'adhérence au maxillaire, on n'hésitera pas à ruginer l'os fortement et même à pratiquer une résection partielle.

L'adhérence au larynx ou au paquet vasculo-nerveux doivent être considérées comme des contre-indications à peu près formelles à l'intervention, étant donnée la malignité particulière des dégénérescences cancéreuses des tumeurs branchiales.

Aucun autre traitement des tumeurs mixtes ne saurait être mis en balance avec le traitement chirurgical. Bien plus, lorsque contre toute prudence la malade refuse l'intervention, on doit lui interdire formellement toute tentative de traitement médical ; on sait, en effet, que des dégénérescences malignes ont parfois suivi des actions thérapeutiques inutiles et inopportunes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

(Étude Histologique).

Il s'agit d'une femme de 53 ans.

B... Pétronille, entrée à l'Hôpital Tastet, pour tumeur de la région sous-maxillaire à évolution extrêmement lente, très mobile, ayant paru dans les derniers temps subir un léger coup de fouet.

La tumeur est opérée le 17 novembre 1910.

Elle a le volume d'une petite orange. Elle est aplatie en galet et parfaitement encapsulée. Sa dureté est grande, elle présente cependant quelques points ramollis et fluctuants. A la section elle est blanchâtre nacrée, chondroïde.

La glande sous-maxillaire est aplatie et étirée à sa surface et coiffe l'un des pôles comme une calotte.

La tumeur qu'il nous est donné d'étudier présente une structure compacte assez homogène. Il entre dans sa constitution un grand nombre d'apparences tissulaires assez imprécises, ayant des parentés plus ou moins éloignées avec les types histologiques bien définis de la série conjonctive : tissus muqueux, tissus cartilagineux, tissus fibreux.

Le tissu osseux n'y est représenté ni à l'état parfait, ni à l'état d'ébauche ostéoïde, comme cela peut s'observer dans les

tumeurs de cette nature ; il n'y a même pas de calcification ayant frappé à un degré quelconque l'un des tissus constitutifs du néoplasme.

En dehors de ce stroma polymorphe, d'ordre connectif, on rencontre dans la tumeur des îlots épithéliaux abondants, de volume variable et appartenant d'une part au type pavimenteux malpighien, d'autre part ébauchant des épithéliums cylindriques ou glandulaires.

Il n'existe pas dans les préparations de vestiges des tissus d'ordre musculaire, soit lisses, soit striés. Il n'y existe pas davantage de nerf d'un volume appréciable.

La vascularisation de ce tissu est assez riche, mais ne comporte que des lacunes vasculaires de petit calibre et de parois minces

Reprenons successivement l'étude de ces divers éléments.

Tissus épithéliaux. — Comme dans les tumeurs mixtes du type branchio-cellulaire, les éléments épithéliaux sont répartis tantôt en amas volumineux et compacts, tantôt en petites traînées irrégulières, mais dans tous les cas leur délimitation avec le tissu ambiant de charpente est tout à fait imprécise, si bien qu'on trouve sur la limite des amas indécis ressemblant à des traînées endothéliales coulées dans des interstices lymphatiques.

Ce qui domine dans les préparations, ce sont des masses épithéliales à peu près atypiques mais on y observe aussi les deux différenciations cylindriques et pavimenteuses.

Epithéliums cylindriques. — Ils atteignent rarement la perfection du type, et leur développement n'est jamais bien considérable. On les trouve généralement disposés en revêtement de tubes glanduliformes.

Les tubes sont creusés dans les masses épithéliales et l'épithélium cubique qui les délimite repose sur les cellules voisines, plus indifférentes.

D'autres fois, ils sont creusés en plein tissu conjonctif, comprenant un soupçon de membrane basale.

Dans presque tous les cas, le tube ainsi constitué n'est pas

vide et contient un coagulum hyalin provenant de débris cellulaires desquamés.

Exceptionnellement on peut apercevoir quelques tubes plus compliqués, tapissés par un épithélium nettement cylindrique stratifié reposant sur une paroi conjonctive bien constituée.

En certains points des préparations, les masses épithéliales parcourent une évolution qui les rapproche du type pavimenteux. Dans ces cas-là, les cellules centrales des masses subissent une transformation kérato-colloïde très accusée.

Il en résulte la formation de globes épidermiques ébauchés analogues à ceux par exemple de l'épithélioma lobulé de la lèvre.

Plusieurs cavités creusées dans la préparation, cavités vasculaires ou lymphatiques, contiennent des amas épithéliaux qui rappellent à s'y méprendre les figures d'envahissement lymphatiques qu'on observe dans les tumeurs malignes.

Ces amas épithéliaux présentent une disposition très particulière ; ils sont creusés eux-mêmes d'une foule de petites cavités ayant l'apparence de tout petits vaisseaux, autour desquels les éléments cellulaires se groupent radiairement, ébauchant ainsi une sorte de structure périthéliale ; dans ces amas cellulaires, on observe quelques anomalies de constitution de la cellule et des noyaux et de l'hyperchromasie nucléaire.

Ces figures sont extrêmement difficiles à interpréter. Probablement doit-on voir là, des indices d'une dégénérescence maligne récente, cantonée en un petit territoire de la tumeur et dont la zone marginale d'envahissement aurait été intéressée par la coupe.

Tissus de substance connective. — Ils se rapportent comme nous l'avons déjà dit, aux types fibreux, muqueux et cartilagineux.

Il n'est pas possible de délimiter d'une façon précise les territoires occupés par chacun de ces tissus, comme c'est la règle en pareil cas. Il semble que l'on ait affaire à un seul et même tissu subissant par places des modifications qui le portent particulièrement vers l'un des trois types.

On n'observe nulle part de tissu osseux vrai, ni de tissu ostéoïde Il n'existe même pas de calcification des masses cartilagineuses ni fibreuses.

Le cartilage est réparti par zones diffuses sans délimitation par l'intermédiaire d'une condensation fibreuse, d'un périchondre. Il s'agit seulement de territoires frappés de chondrogénèse imparfaite et irrégulière.

Dans les points les plus caractéristiques, on observe des cellules encapsulées flottant dans la cavité capsulaire et groupées par deux et par quatre. Autour d'elles, et dans la plus grande partie de ce tissu cartilagineux, l'aspect devient celui du cartilage à cellule ramifiée, le plus commun d'ailleurs dans les tumeurs mixtes du type branchiosalivaire. Ces cellules étoilées, anastomosées entre elles, sont très irrégulières et particulièrement orientées autour des vaisseaux.

De ce cartilage à cellules ramifiées en araignée on passe insensiblement par modifications de la substance intercellulaire, à un tissu d'aspect myxoïde de plus en plus caractérisé jusqu'à réaliser presque un véritable tissu muqueux.

En d'autres points, l'aspect est celui du fibro-cartilage, une substance intercellulaire fibrillaire séparant des nids cellulaires étoilés ou exceptionnellement encapsulés.

La vascularisation de cette tumeur est particulièrement riche. Elle est d'ailleurs constituée par des vaisseaux petits, innombrables et creusés à l'emporte-pièce dans la tumeur, tapissés d'un simple endothélium. Cependant de loin en loin, dans les carrefours de la tumeur, on observe des vaisseaux plus volumineux, présentant des caractères un peu particuliers.

Chacun d'eux est entouré d'une sorte de gaine lymphatique dilatée et obstruée par un grand nombre de cellules endothéliales volumineuses, claires, à noyau central, à protoplasma finement réticulaire.

Ce sont évidemment de telles figures qui ont orienté les auteurs vers la dénomination d'*endothéliomes* appliquée aux tumeurs mixtes salivaires.

Dans toute l'étendue de la tumeur examinée, il n'est pas pos-

sible de reconnaître, soit macroscopiquement, soit par les coupes multiples qui ont été pratiquées dans cette tumeur, de vestiges de la glande sous-maxillaire normalement caractérisés et intimement unis à la tumeur ! Ce qui reste de la glande est rejetté à la périphérie de la tumeur, aminci, atrophié et appliqué comme une calotte sur l'un des pôles de ce néoplasme.

Il est bien évident qu'ici la tumeur manifestement extérieure à la glande, s'est d'abord développée à son contact ; plus tard l'accroissement du néoplasme a permis la dépression de l'organe glandulaire et son étalement à la surface de la masse proliférante.

Il s'agit ici bien évidemment d'une de ces tumeurs bien connues qualifiées par les auteurs d'adéno-chondrosarcome d'épithéliome à trame polymorphe ou plus simplement de tumeur mixte du type branchiosalivaire.

OBSERVATION II

(Fr. Scholz, Ueber das Enchondrom.) Thèse inaugurale, Breslau 1855.
(*Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 1879.)

Enchondrome de la glande sous-maxillaire.

La tumeur comprend toute la glande sous-maxillaire. Elle est ovoïde, pèse 35 gr. 50 et mesure 0 m. 055 de long ; sa consistance est assez grande. Elle est entourée d'une couche de tissu conjonctif. A la coupe, elle présente l'aspect d'une substance hyaline, translucide, blanche ou blanc bleuâtre, parsemée de nombreuses cavités disposées assez régulièrement et remplie d'une substance jaunâtre, plus ou moins molle. Plusieurs points sont ossifiés.

Examen microscopique. — La tumeur est coupée et placée pendant deux heures dans l'acide chlorydrique à 10 % pour enlever

les sels calcaires, puis cuite dans l'éther, pour en retirer la graisse.

Les coupes sont traitées par la teinture d'iode, la potasse ou l'acide acétique. L'enveloppe de tissu conjonctif est épaisse de 1 à 2 lignes. Immédiatement après, on trouve une couche cartilagineuse dont les cellules ont de 0,03 à 0,05 de ligne. Disposées régulièrement dans le tissu, ces cellules sont rondes, fusiformes vers la surface. Quelques-unes étoilées, ressemblent aux corpuscules osseux, mais on ne trouve ni anastomoses entre leurs prolongements, ni espaces entre les cellules et la substance intercellulaire. Au centre de la tumeur, on trouve certaines parties ramollies et d'autres ossifiées. Aux points ramollis, le tissu cartilagineux assez normal (cellules plus petites et plus rares) est parsemé de lacunes nombreuses, rondes ou elliptiques. Le tissu cartilagineux est brunâtre, plus ou moins strié, passant en certains points au fibro-cartilage ; à l'intérieur des lacunes, on reconnaît difficilement les cellules cartilagineuses. On y trouve, par contre, de nombreuses gouttelettes de graisse isolées ou réunies, des amas de molécules calcaires et une substance finement granulée, brunâtre, insoluble dans l'éther et l'acide chlorydrique.

Là où il y a du fibro-cartilage, quelques cellules cartilagineuses sont ratatinées et l'on voit çà et là des stries minces, brunes, ramifiées ou réticulées. Nulle part, on ne trouve de vaisseaux.

OBSERVATION III

(S. Pozzi. *Bulletin Soc. anatomique*, 1872.)

Chondrome primitif de la région sous-maxillaire.

La veuve T..., 54 ans, entre le 22 février 1872, à l'hôpital des cliniques, service de M. Richet.

Antécédents. — Cette femme très vigoureuse, point lympha-

tique, réglée à 17 ans, travaille dans les champs depuis son enfance et s'est toujours bien portée. Il y a dix-huit ans, violente névralgie faciale, occasionnée par la carie de la deuxième petite molaire inférieure gauche. Elle s'aperçut alors d'une petite glande roulant sous le doigt, grosse comme une noisette, située derrière le corps de la mâchoire inférieure, dans la région sus-hyoïdienne gauche. Elle n'était pas alors apparente à la vue, et la palpation seule permettait de la percevoir. Pendant deux ans, cette tumeur ne fit aucun progrès. A ce moment elle augmenta de plus en plus, sans avoir jamais donné lieu à des douleurs. Depuis deux ans il s'est manifesté une salivation exagérée, qui force la malade à s'essuyer continuellement les lèvres. La nuit elle mouille son oreiller.

Etat. — La tumeur, plus grosse qu'un œuf de dinde, siège immédiatement au-dessous de l'angle du maxillaire gauche et remplit tout l'espace compris entre cet os et la grande corne de l'os hyoïde. Elle ne paraît pas adhérente profondément. La peau n'est pas altérée, et glisse librement sur la tumeur. Point d'engorgement ganglionnaire dans le voisinage. Santé excellente.

Opération le 26 février. — La tumeur est disséquée facilement et enlevée. On peut se convaincre alors de la parfaite indépendance de la glande sous-maxillaire en avant de laquelle elle est située.

La tumeur examinée avec moi par M. Legros, est un chondrome, sans aucun vestige de tissu glandulaire. Les chondroplastes ovoïdes, rapprochés, de petit volume, contiennent, en moyenne, de 2 à 3 cellules. Il me paraît naturel d'admettre un chondrome primitif d'un ganglion sous-maxillaire.

Examen de la tumeur présentée par M. Pozzi (*Rendu et Malassez*). — La tumeur se compose de deux parties différentes, l'une dure, l'autre molle. Les portions dures présentent à la coupe une grande quantité de culs-de-sac glandulaires très nets, montrant la terminaison bosselée et acinée, et sur la coupe transversale, l'épithélium cylindrique qui les tapisse.

La tumeur a donc pris naissance dans du tissu glandulaire et non dans un ganglion lymphatique. Les parties molles, qui

ont une consistance comme gélatineuse, montrent, sous le microscope, un tissu fondamental transparent, obscurément fibrillaire, c'est du tissu muqueux, c'est donc du myxome.

OBSERVATION IV

(De Marignac. *Bull. Soc. Anat.*, 1877.

Enchondrome primitif de la glande sous-maxillaire.

Joséphine D..., 22 ans, entre le 20 janvier 1877 dans le service de M. Théophile Anger, à Lourcine.

Pas d'antécédents de famille, ni d'antécédents personnels.

Il y a six ans, à l'âge de 16 ans, la malade s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur roulant sous le doigt, et siégeant au niveau de la glande sous-maxillaire gauche Elle paraît être restée stationnaire assez longtemps ; mais depuis 3 ans, elle a augmenté de volume d'une manière graduelle et continue.

Etat à l'entrée à l'hôpital. — La malade présente un aspect vigoureux ; on aperçoit sous la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté gauche, une grosseur assez volumineuse, envahissant toute la partie latérale de la région sous-hyoïdienne. Elle proémine un peu plus, lorsque la malade porte la tête en arrière, que lorsqu'elle la penche en avant. La peau est complètement intacte, elle n'est pas adhérente. A la palpation, on sent une tumeur mobile, légèrement mamelonnée, d'une consistance assez ferme ; elle a une forme allongée à grand axe parallèle au bord inférieur du maxillaire. En introduisant un doigt dans l'intérieur de la bouche, on ne sent aucune déformation appréciable du plancher. Cette tumeur n'a jamais causé à la malade la plus petite douleur, ni la moindre gêne dans la mastication. Les mouvements du cou sont complètement libres.

M. Anger porta le diagnostic de chondrome de la glande sous-maxillaire.

Opération le 22 janvier. L'énucléation de la tumeur fut facile, mais il fallut enlever une portion de la glande.

Aspect macroscopique. — La tumeur est environ du volume d'un petit œuf de poule ; à la partie interne, on la voit se continuer avec le tissu glandulaire qui est sain. Sur une coupe, on trouve une substance d'aspect et de consistance cartilagineuse, et même au centre de la tumeur se trouvent quelques points qui paraissent comme ossifiés.

Examen microscopique. — Dans certains points, on trouve tous les caractères des chondromes hyalins, dans d'autres, ce sont, au contraire, ceux des chondro-fibromes.

Enfin, dans les points où se trouve le tissu osseux, le microscope montre l'existence de trabécules osseuses. Quant au tissu glandulaire, il a complètement disparu, sauf à la partie interne de la tumeur, où l'on voit des cellules cartilagineuses s'avancer jusque dans le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac glandulaires.

OBSERVATION V

(Virchow. Traité des Tumeurs, t. I, p. 502.)
(*Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 1879, Nepveu.)

Enchondrome de la glande sous-maxillaire.

Virchow a emprunté à la clinique de Jünken, 1857, une observation d'enchondrome de la glande sous-maxillaire, dont il donne seulement la description anatomique.

La tumeur était arrondie, un peu aplatie, presque de la grosseur du poing, mamelonnée à l'extérieur, très dure à la palpation ; sur la coupe, on distinguait des tractus fibreux volumi-

neux. hyalins, répondant aux anciens conduits glandulaires et à leurs ramifications. Entre eux, se trouvaient les lobes de l'enchondrome, partiellement crétifiées à leur centre, ou transformés en os spongieux, contenant de la moelle graisseuse. La substance glandulaire était en partie atrophiée. Toutefois dans certains points, et notamment au pourtour de la tumeur, les lobules terminaux de la glande, remplis de cellules hypertrophiées, formaient des masses plus ou moins considérables.

OBSERVATION VI

Recueillie par le Docteur Nepveu, dans le service de M. Verneuil.
(*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1879.)

Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire.

Cotillon Virginie, 25 ans, salle Saint-Augustin nº 5, est affectée d'une tumeur au cou. Cette tumeur, plus grosse que le poing, ovoïde, à axe dirigé d'arrière en avant, est située au-dessus de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche et fait une saillie considérable dans les régions sus et sous-hyoïdienne. Elle est très dure, bosselée à sa surface ; à son niveau, la peau souple et sans adhérences présente des cicatrices dues aux flèches caustiques appliquées 4 ans auparavant. La tumeur n'adhère pas davantage aux parties profondes. On peut l'isoler facilement du bord de la mâchoire.

Le plancher buccal ne présente aucune déformation. Cette tumeur, qui date de dix ans, n'était au début qu'une petite boule roulant sous le doigt, située sous la partie moyenne du maxillaire. Elle marcha très lentement jusqu'au moment où elle fut traitée par les caustiques. L'accroissement devint alors plus rapide, et s'accéléra encore il y a dix-huit mois, pendant une grossesse. Cette tumeur toujours indolente n'a jamais provoqué

d'accidents. Elle ne gêne que par son volume. La dureté, les bosselures, l'indolence absolue, la marche très lente de cette tumeur excluaient l'idée d'un cancer primitif des ganglions ; le lymphadénome simple n'était pas plus admissible ; on ne pouvait songer à une adénopathie strumeuse tant la constitution était belle et la santé solide. L'intégrité absolue des cavités voisines et des téguments circonvoisins n'autorisaient point à croire à un épithélium secondaire des ganglions ; suivant toute vraisemblance, le néoplasme partant de la glande sous-maxillaire était constitué par du tissu fibreux ou cartilagineux. Il s'agissait donc d'un adéno-fibrome ou d'un adéno-chondrome.

Aucune contre-indication se présentant, l'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Une incision comprenant la peau et le tissu cellulaire souscutané, et faite suivant le grand axe de la tumeur, mit celle-ci à découvert, puis on la sépara de ses connexions à l'aide d'un instrument mousse ; profondément la glande sous-maxillaire adhérait au tissu néoplasique. Guérison sans accident.

Immédiatement après l'opération, une coupe de la tumeur montre que celle-ci se compose en grande partie de cartilage.

L'examen microscopique de son côté a montré qu'il s'agissait d'un adéno-chondrome. Le cartilage se présentait tantôt sous la forme de fibro-cartilage, tantôt encore sous celle de cartilage hyalin. Les culs-de-sac étaient presque partout entièrement atrophiés, mais cependant nettement visibles ; dans quelques points, ils avaient subi une hypertrophie notable. Le tissu conjonctif était rare et ne se rencontrait que par intervalles sous la forme de tissu fibreux. Les vaisseaux étaient en petit nombre.

Il ne nous a pas été possible de déterminer l'origine précise des cellules cartilagineuses. Provenaient-elles d'une transformation des cellules glandulaires (Robin), ou des cellules conjonctives ? Nous n'avons pu éclaircir ce point d'une façon satisfaisante.

OBSERVATION VII

(Due à M. Lannelongue. *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 1879.)

Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire.

M. X..., âgé de 17 ans, me fut adressé en mai 1874. Il portait une tumeur sur la partie latérale gauche du cou. Le début de cette tumeur remontait à 3 ans ; elle faisait de très lents progrès, et lorsque je la vis, elle avait le volume d'une très grosse noix. Son siège précis était la région sus-hyoïdienne à la place qu'occupe la glande sous-maxillaire gauche. Elle portait là un léger relief qui était plus sensible quand ce jeune homme étendait la tête. Au toucher, on reconnaissait que cette tumeur était indépendante des os, et qu'elle jouissait d'une très grande mobilité. Elle était remarquable par sa très grande dureté, et elle offrait en même temps une irrégularité de forme.

On y sentait, sinon des lobules, du moins des prolongements qui lui donnaient une forme pyramidale. Cette tumeur ne proéminait pas du côté du plancher buccal. La peau et les téguments glissaient facilement sur la tumeur, qui manifestement avait un siège profond. Après avoir éloigné la pensée d'une hypertrophie ganglionnaire, je pensai que cette tumeur pouvait être un fibrome, et plus probablement un adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire. Dans les premiers temps, cette tumeur n'avait provoqué ni gêne ni douleurs. Depuis 5 à 6 mois, elle était devenue le siège de douleurs assez vives ; ces douleurs n'étaient pas réveillées par la pression ; mais sans cause et surtout après un certain temps de travail d'écriture, il se produisait des douleurs assez vives qui s'étendaient dans le cou et jusque dans la bouche.

Je proposai l'extirpation de la tumeur qui fut faite le 2 juillet 1874. Une incision parallèle au bord de la mâchoire, de 8 centimètres de long, fut pratiquée ; j'arrivai sur la face externe

de la tumeur. L'énucléation en fut alors très facile, sauf en un point, à la partie la plus externe, où la tumeur se continuait manifestement avec la glande sous-maxillaire ; je dus réséquer une petite portion de cette dernière.

L'étude histologique de cette tumeur a été faite avec soin au Collège de France. Déjà à la coupe, on reconnaît à l'œil nu les caractères les plus évidents de l'enchondrome, aspect blanc hyalin, grenu. Au microscope, on y trouve les éléments ordinaires du tissu cartilagineux, cellules avec capsule qui les entoure sans mélange de fibres ; un certain nombre d'entre elles sont étalées. En même temps, en plusieurs points, on y trouve disséminés, mais infiniment plus rares que les éléments cartilagineux, des acini glandulaires. Au résumé, la tumeur est un adéno-chondrome.

OBSERVATION VIII

(Gross et Vautrain. *Revue Médicale de l'Est*, 1886.)

Chondro-sarcome de la glande sous-maxillaire.

La nommée D... Héloïse, âgée de 31 ans, se présente à nous le 20 novembre 1883 ; ses antécédents héréditaires sont nuls ; elle a toujours été bien portante et a passé sa vie à la campagne.

Il y a huit ans, la malade a commencé par sentir sur le côté gauche du cou, au-dessous de la mâchoire inférieure, une petite grosseur du volume d'une noisette. La tumeur a grossi peu à peu ; mais c'est surtout après ses quatre accouchements successifs que la malade a remarqué l'augmentation de volume de la tumeur. Il n'y a jamais eu ni douleur, ni aucun trouble fonctionnel du côté de la voix ou de la déglutition.

Etat actuel. — La tumeur est située sur la partie latérale gau-

che du cou au-dessous du maxillaire inférieur, dans la région sous-maxillaire. Elle a la forme d'une pyramide, dont le sommet serait inférieur, la base sur le maxillaire. Elle est légèrement bosselée à sa surface, trilobée à son bord interne, très dure et de consistance cartilagineuse, parfaitement indolente. Son siège est superficiel, elle est mobile sur les parties profondes, notamment sur le maxillaire inférieur, mobile sur le plancher buccal. Les conduits de Warthon secrètent également des deux côtés. A la mâchoire inférieure, absence de la deuxième petite molaire et de la dernière grosse molaire ; quelques autres dents sont cariées. Etat général excellent.

Diagnostic. — Chondrome de la glande sous-maxillaire.

Opération le 27 novembre 1883. — Incision de la peau, du peaücier et de l'aponévrose superficielle ; mise à découvert d'une tumeur d'aspect rosé, de forme lobulée, de consistance dure et parfaitement délimitée. Elle est facilement énucléée malgré ses connexions intimes avec la glande sous-maxillaire.

L'opérée quitte le service, guérie, le 15 décembre.

Examen de la tumeur. — Elle est de la grosseur d'un petit œuf de poule, très irrégulière et bosselée, entourée d'une coque fibreuse assez dense et de couleur rosée. On voit sur sa face postérieure des traces des adhérences intimes avec le tissu de la glande sous-maxillaire. La coupe transversale et verticale de la tumeur montre un tissu infiniment blanchâtre, très dur, d'aspect cartilagineux.

L'examen histologique révèle une tumeur mixte ; il s'agit d'un chondro-sarcome formé par le mélange du tissu sarcomateux à petites cellules, et d'îlots de cartilage hyalin ; de temps en temps, on trouve des petites lacunes, petits kystes. Sur certaines préparations, on reconnaît nettement des restes de tissu glandulaire salivaire.

OBSERVATION IX

Observation recueillie par M. A. Chaintre,
interne dans le service de M. Poncet (*Gazette des Hôpitaux*, 1888.)

Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire gauche

M. P..., voyageur de commerce, âgé de 45 ans, est envoyé à M. Poncet en janvier 1886. Il est depuis 8 ans porteur d'une petite tumeur de la région sous-maxillaire gauche. Cette tumeur dont le volume est celui d'une noix ordinaire, s'est insensiblement accrue. Cependant depuis 18 mois son développement aurait été plus rapide, dans ce laps de temps, elle se serait accrue de moitié. Elle occupe exactement la place de la glande sous-maxillaire correspondante, glisse sous la peau, et paraît très mobile De forme arrondie, elle est un peu irrégulière, bosselée, d'une consistance dure, uniforme, pas de ganglions. Le malade indique comme cause probable de sa tumeur, la pression répétée du violon, dont il jouait au moins une fois par jour pendant une heure ; pas de douleur soit spontanée, soit à la pression. M Poncet diagnostique une tumeur adénoïde de la glande sous-maxillaire.

Opération le 9 Janvier 1886. — Incision de 7 cm., parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur, et répondant à la tumeur. Cette dernière appartient manifestement à la glande sous-maxillaire, elle lui est adhérente par un pédicule du volume d'une petite plume d'oie. La tumeur est très facilement énucléée. Guérison complète 19 jours après l'opération. 26 mois après l'opération, M. Poncet revoit le malade, pas de récidive.

Examen macroscopique. — Tumeur dure, renfermant à son centre un îlot cartilagineux de 8 à 10 mm. de diamètre ; au pourtour, substance d'apparence glandulaire ; capsule d'enveloppe mince, de teinte rosée.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par des noyaux épithéliaux anastomosés entre eux, fortement colorés par le carmin et disséminés dans une gangue conjonctive colorée en rose pâle.

Le tissu conjonctif prend en certains points, sous forme d'ilôts, l'aspect cartilagineux, par place on trouve des fragments de glande normale ayant résisté à l'envahissement.

OBSERVATION X

(Griffini et Trombetta. Traduction par M. Lombardi, externe.)
Thèse Paris 1888, nº 141, Jouliard.

Chondro-carcinome primitif de la glande sous-maxillaire.

Femme de 56 ans, entrée à la clinique de Messine, le 11 décembre 1880.

Rien dans ses antécédents, mère de sept enfants.

Il y a 16 ans, aussitôt après un accouchement, la malade s'aperçut qu'au niveau de la mâchoire inférieure, il s'était formé une petite tumeur du volume d'une amande. Cette petite tumeur, très mobile, toujours indolente, resta stationnaire jusque il y a six mois, et n'augmenta de volume ni à la suite des accouchements suivants, ni à l'époque de la ménopause. Il y a six mois, sans cause appréciable, la tumeur, devenue assez douloureuse, commença à croître.

Etat actuel. — Femme bien constituée ; intégrité de tous les organes, pas de ganglions lymphatiques engorgés. La région sus-hyoïdienne est le siège d'une grosse tumeur... La peau qui recouvre la tumeur est normale et glisse facilement sur elle. La surface de la tumeur est lisse et légèrement connexe, à l'exception de trois petites nodosités. Elle est généralement dure et de consistance presque cartilagineuse au niveau des nodo-

sités citées plus haut. Le 20 décembre, à la suite de douleurs, il est apparue une deuxième tumeur à la partie médiane de la mâchoire inférieure. Aucune connexion entre les deux tumeurs.

Diagnostic. — Chondro-Sarcome de la glande sous-maxillaire avec développement de sarcome secondaire dans la partie médiane de la mâchoire inférieure.

Opération. — Sous chloroforme. Opération très laborieuse, dissection pénible, envahissement de tous les organes voisins et prolongements dans tous les sens. Hémostase difficile. Perte de sang assez considérable. Mort vingt-deux heures après, due probablement au choc opératoire.

Autopsie. — Le poumon gauche présente, sur sa face antérieure et dans son épaisseur, de nombreux noyaux durs, grisâtres, d'aspect cartilagineux. La *tumeur* a été enlevée avec une portion de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Elle a la forme d'un ovoïde à surface lisse, mais elle n'est pas entourée d'une capsule. Elle est de couleur blanc-rougeâtre, molle en quelques points, et très dure par places.

Sur une coupe suivant le plus grand diamètre, elle offre une partie arrondie, ayant l'aspect et la consistance du tissu cartilagineux tandis que toutes les autres parties de la surface de la coupe sont constituées par du tissu mou, rougeâtre, de structure évidemment acineuse ; l'os maxillaire inférieur est envahi par le néoplasme.

A *l'examen microscopique*, tissu cartilagineux, hyalin et fibro-cartilage ; ailleurs, stroma conjonctif à structure évidemment alvéolaire, dont les alvéoles sont remplies de cellules à gros noyaux, avec protoplasma délicat, finement granuleux : ce sont des cellules épithéliales. Çà et là entre les grandes masses d'amas épithéliaux, des vestiges de la glande sous-maxillaire, c'est-à-dire quelques lobules glandulaires normaux ou un peu infiltrés.

Malgré toute notre persévérance, il ne nous a pas été possible de surprendre les différents états de passage qui nous auraient permis de déduire d'une manière certaine le développement de la tumeur La portion de l'os atteinte, nous présente un stroma

alvoélaire, avec des alvéoles remplies de cellules identiques à celles de la tumeur glandulaire. Ganglions lymphatiques envahis par le néoplasme.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Nass-Die Geschwülste der Speicheldrüsel, ouch F. Klin. Chir., 1892, Bd 44.)

Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire.

X..., homme de 47 ans, porte au niveau de la région sous-maxillaire gauche une tumeur facilement mobile, arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule, non adhérente à la peau. Cette tumeur se développe depuis trois ans et demi.

Opération. — La tumeur tient à la glande sous-maxillaire, mais elle en est séparée par un tissu conjonctif lâche. Enucléation facile.

Examen. — La tumeur enlevée a le volume d'un œuf de poule ; elle est bosselée, assez molle. Sur une section, elle apparaît tachetée, irrégulière, très gélatineuse. Beaucoup de petits points, d'une opacité laiteuse, ayant l'apparence de points cartilagineux.

Au microscope. — Des masses cellulaires à caractère sarcomateux, se perdant dans du tissu myxomateux, à cellules étoilées et dans du tissu conjonctif fibrillaire. Les cellules des amas sont petites, d'aspects différents, tantôt fusiformes, tantôt polygonales ; parfois, au lieu d'être en amas, les cellules sont en traînées et suivent alors les vaisseaux. Ailleurs les cellules se ramifient et prennent une forme étoilée comme dans le myxome. Enfin, en d'autres endroits, les cellules deviennent plus grosses et sont étendues comme dans un épithélium simple, ou sont rangées en une double assise de cellules épithéliales cubiques. Mais ces cellules sont mal délimitées ; on trouve constamment des transitions en cellules sarcomateuses et en cellules myxo-

mateuses. La subtance intermédiaire est constituée par du tissu muqueux avec de rares cellules ramifiées et étoilées ; les limites entre cette substance muqueuse fondamentale et les amas cellulaires sont parfois bien nets ; mais le plus souvent on voit ces amas cellulaires se transformer en tissu muqueux. En plusieurs endroits, la substance intermédiaire devient plus compacte, et les cellules sont encapsulées ; c'est du tissu cartilagineux.

OBSERVATION XII

Recueillie dans le service de M. le Professeur Poncet.
(Tumeur de la glande sous-maxillaire. Thèse Lyon, nº 165, Ponsot.)

Adéno=chondrome de la glande sous=maxillaire.

F. B..., 27 ans, entré le 23 novembre 1893, salle Saint-Philippe nº 15. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a eu plusieurs bronchites durant son enfance, mais jamais d'engorgement ganglionnaire. L'affection actuelle remonte à 8 ans ; elle est apparue dans la région sous-maxillaire gauche sous la forme d'une tumeur de la grosseur d'une noisette ; elle remuait sous le doigt, et n'était pas douloureuse. Son développement fut excessivement lent ; pendant son service militaire, le malade fut traité par l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium.

Cette médication n'amena aucun résultat, pas plus que les applications de teinture d'iode. La tumeur augmentait toujours, mais régulièrement et sans poussées. Pas de gêne de la mastication, pas de douleurs.

Etat général excellent ; tumeur ovoïde, de la grosseur d'une mandarine Elle est située en dessous de la branche horizontale et en avant de l'angle du maxillaire inférieur. Elle forme un relief très sensible, quand on met la tête du sujet en extension. La peau, à sa surface est normale, non adhérente. La

tumeur se déplace facilement et dans tous les sens, sur les plans profonds. La palpation nous fait sentir une masse dure, bosselée, très résistante. Sous une pression un peu énergique, le malade prétend que la salive s'écoule plus abondamment dans sa bouche. On ne constate pas de saillie du côté du plancher buccal. Sa dentition est très bonne, aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression. Aucune gêne dans les fonctions de mastication et de déglutition. Pas de ganglions.

Diagnostic. — Adéno-chondrome de la sous-maxillaire.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision de 6 cent. parallèle au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; la tumeur occupe la loge de la glande sous-maxillaire, et est entourée d'une gaine cellulo-fibreuse. On la décortique avec le doigt ; l'énucléation en est faite sans difficulté.

Douze jours après l'opération, le malade quittait l'hôpital complètement guéri. Il a été revu onze mois après ; pas de récidive.

Examen de la tumeur. — Une coupe pratiquée immédiatement nous permit de reconnaître à l'œil nu des traînées d'un blanc nacré, porcelané, rappelant l'aspect du cartilage. Le reste de la tumeur était d'une coloration grisâtre par endroits, jaune rosé en d'autres, et semblable à celle du tissu fibreux et du tissu glandulaire, plus ou moins modifié.

L'examen microscopique nous permit de reconnaître la forme des acini glandulaires, mais ceux-ci étaient très modifiés ; les cellules normales étaient à peu près complètement disparues ; on constatait en revanche une prolifération de cellules épithéliales embryonnaires très abondantes.

Le tissu conjonctif interstitiel était très développé en certains points et apparaissait sous forme de gros faisceaux, avec quelques cellules connectives. En plusieurs endroits, nous vîmes des cellules cartilagineuses ramifiées, facilement reconnaissables à leurs prolongements, mais ne présentant que de rares anastomoses et plongeant au milieu d'une substance fondamentale hyaline. Çà et là, quelques faisceaux ; donc adéno-fibro-chondrome.

OBSERVATION XIII

(Thèse de Poujol, Montpellier 1893.)

Jeune fille de dix-neuf ans, de bonne santé ; quatre ans avant l'intervention, aperçoit l'existence de la tumeur à l'angle de la mâchoire, tumeur mobile non douloureuse. Il y a un an accroissement sensible, la tumeur est un peu douloureuse à la pression et perd de sa mobilité.

Entrée à l'Hôtel-Dieu depuis le 22 février 1892, dans le service de M. le Docteur Reynaud. La tumeur occupe la région sous-maxillaire gauche, elle est grosse comme un œuf de poule, dure, lisse, bilobée vers la partie inférieure, bien déterminée en avant, mal en arrière et peu mobile. La peau saine est mobile sur la tumeur.

Le 23 février M. Reynaud énuclée la tumeur sans difficulté ; le 29 février, pansement ; fin mars, guérison.

Au mois de mai 1899, rien ne fait prévoir une récidive.

La tumeur a le volume d'un petit œuf de poule et pèse 50 grammes.

Elle se compose de deux portions, ayant chacune la forme d'une datte, étroitement unies par une cloison conjonctive ; à la surface de l'une, adhèrent des lobules bien reconnaissables de la glande sous-maxillaire. La tumeur est d'ailleurs indépendante, et séparée des lobules glandulaires par une capsule fibreuse.

Sur une surface de section, on voit qu'une des deux portions est composée par un tissu dur, sec, blanc, avec des trainées probablement cartilagineuses.

L'autre est manifestement plus molle et un peu rosée, mais paraît avoir même structure.

Examen histologique. — (1re série de coupes). Quelques rares trainées fibreuses sillonnent la préparation. Le reste de la coupe montre un tissu conjonctif riche en cellules avec substance in-

tercellulaire fluide ayant subie, par îlots ou par traînées, l'infiltration cartilagineuse.

Les parties non cartilagineuses montrent un arrangement plexiforme de traînées cellulaires, vues tantôt en coupe transversale, tantôt suivant leur longueur. Ces traînées sont composées de cellules et d'une substance conjonctive intercellulaire. Les cellules sont de divers types : Souvent ce sont des fibroblastes avec un noyau grêle, allongé, coloré dans sa masse ; d'autres fois le protoplasma est plus ramassé, le noyau volumineux, ovoïde et vésiculeux ; enfin dans certains points, un noyau, vésiculeux, presque sphérique, est entouré d'un protoplasma rameux, dont les courtes pointes s'unissent de suite aux points des cellules voisines. Il n'existe pas de cellules géantes. La substance conjonctive intercellulaire est d'une abondance variable, elle apparaît sous l'aspect de très fines fibrilles emmêlées en tous sens, ou bien d'un réticulum dont les travées homogènes plus ou moins étroites, comprennent entre elles les cellules. Ce dernier aspect indique la fluidité de la substance unissante. Par places, on observe de petits kystes. A la périphérie de ces kystes, les cellules conjonctives se disposent fréquemment en bordure régulière, elles sont gonflées et très claires.

Le cartilage est très disséminé de la façon la plus irrégulière, sous forme d'îlots et de traînées de toutes dimensions ; la transition du tissu conjonctif au cartilage est insensible ; la substance fondamentale, plus abondante, révèle son changement de nature par une coloration lilas claire, tandis que le tissu conjonctif est marron. Cette substance homogène ou fibrillaire limite des cavités espacées contenant une cellule en général très grêle, et qui quelquefois est rameuse, ses prolongements parcourant la substance fondamentale. De grosses vésicules de graisse sont éparses dans la coupe.

Deuxième coupe :

La coupe intéresse une portion de la glande sous-maxillaire non envahie par la tumeur, séparée de celle-ci par une épaisse membrane fibreuse assez riche en gros vaisseaux. Les lobes glandulaires montrent un certain degré de sclérose. Les con-

duits excréteurs étant enserrés dans une épaisse et dense atmosphère fibreuse.

Des îlots ou travées de cartilage adulte embryonnaire séparent des amas épithéliomateux ordinairement disposés en cordons pleins anastomosés.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Inaugural Dissertation, Berlin 1894. Herzfeld.
Tumeurs de la glande sous-maxillaire.

Myxo=chondro=sarcome de la glande sous=maxillaire.

Le 27 avril de cette année, un étudiant en médecine âgé de 22 ans est venu me consulter à propos d'une saillie grosse comme un œuf de pigeon, qu'il portait à la partie supérieure du cou. Ce jeune homme était robuste et jouissait d'une bonne santé. La tumeur commençait à un centimètre de l'angle de la mâchoire et s'étendait parallèlement à la branche horizontale du maxillaire inférieur. La peau n'était pas altérée. La tumeur était mobile sous la peau et mobile profondément. Elle paraissait se rattacher à la glande sous-maxillaire ; sa consistance était dure ; pas de fluctuation ; le malade s'était aperçu de cette grosseur, depuis 4 ans ; elle avait augmenté lentement ; sa cause est inconnue. On porta le diagnostic de tumeur de la glande sous-maxillaire et sur la demande du patient, l'opération fut décidée.

Opération deux jours après. Incision parallèle à la branche horizontale du maxillaire. La tumeur et la glande sous-maxillaire sont mises à nu. L'extirpation en fut facile à cause de la capsule dont elle était entourée. La compression arrêta l'hémorragie. Huit jours après on enlevait les points de suture. Guérison.

Examen macroscopique. — La tumeur du volume d'une grosse noix avait la consistance du cartilage ; sa surface était bosselée.

A la coupe, le tissu était d'un gris rougeâtre avec des points d'un rouge sombre dus à des épanchements de sang. Au milieu, d'autres points d'un blanc bleuâtre constitués évidemment par du cartilage.

Examen microscopique. — On trouvait une richesse de cellules à laquelle on n'aurait pas pu s'attendre, vu la dureté de la tumeur et la lenteur de son évolution. Les cellules formaient des amas desquels se détachaient des cordons constitués par deux ou trois rangées de cellules, cordons qui se divisaient, s'anastomosaient largement et formaient de très riches réseaux. Ces réseaux reposaient sur un stroma pauvre en cellules, finement fibreux. En certains points, on pouvait voir les cellules prendre une forme cylindrique et se disposer en cercle de façon à limiter une lumière centrale. Dans quelques portions de la tumeur, on voyait des cellules ramifiées, étoilées, clairsemées au milieu d'une substance fondamentale, hyaline, uniforme, transparente. C'était du tissu muqueux. En d'autres portions on voyait au milieu d'une substance fondamentale hyaline ou filamenteuse des cellules, par groupes de 2, 3 au plus, contenues dans une capsule commune ; c'était manifestement du cartilage. Enfin à la limite de la tumeur, on voyait une large bande de tissu fibreux avec quelques cellules emmagasinées : c'était la capsule.

Donc : myxo-chondro-sarcome de la glande sous-maxillaire.

OBSERVATION XV

Volkman, Ueber Endotheliome Geschwülste.
(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1895.)

Chondro-myxo-sarcome endothéliome de la glande sous-maxillaire.

Une femme de 29 ans, E. B..., vient nous consulter pour une tumeur qu'elle porte depuis 3 ans ; cette tumeur, située sous la

branche du maxillaire inférieur, n'est pas douloureuse, et ne la gêne qu'au point de vue esthétique. A l'examen, on trouve une tumeur de la région sous-maxillaire, tumeur mamelonnée, dure, grosse comme un œuf de poule, mobile sous la peau et sur les plans profonds, sans douleur, ne faisant pas saillie dans la cavité buccale.

Opération. — L'extirpation de la tumeur est facile ; mais il faut enlever en même temps une partie de la glande sous-maxillaire. Guérison rapide.

Examen macroscopique. — La partie de la glange sous-maxillaire adhérente à la tumeur est séparée du tissu néoplasique par une capsule fibreuse partout continue. A la coupe, la tumeur nous apparaît formée de lobules, les uns cartilagineux, les autres muqueux, séparés par des cloisons fibreuses détachées de la capsule.

Au centre prédomine du fibro-cartilage compact ; sa périphérie est plus molle.

Examen microscopique. — La tumeur est constituée par du tissu cartilagineux et par du tissu muqueux au sein desquels se trouvent des trainées de cellules. Les lobules glandulaires sont, les uns normaux, les autres altérés, comprimés, atrophiés. On ne trouve pas de multiplication des cellules glandulaires, aucune transition entre les acini glandulaires et le tissu néoplasique à l'intérieur de la capsule, on ne trouve jamais de tissu glandulaire. Les foyers cartilagineux sont, tantôt bien limités, arrondis ; tantôt diffusés à travers le néoplasme ; les foyers de multiplication sont rares dans les cellules cartilagineuses encapsulées, mais existent cependant. A la périphérie surtout, les cellules sont petites, abondantes, revêtent l'aspect endothéliale et sont rangées tantôt en traînées continues, tantôt groupées en masse, tantôt éparses, diffuses dans le tissu myxomateux, de sorte que si, en certains endroits, les cellules forment des amas bien distincts, le plus souvent elles se transforment peu à peu en tissu myxomateux. Plus loin, les cellules prennent un aspect tout à fait épithélial, mais se confondent encore avec le tissu avoisinant ; les unes prennent une forme cylindrique, les autres une forme cubique ;

elles se groupent autour d'une lumière centrale, contiennent dans leur intérieur une masse de substance hyaline, en un mot revêtent l'aspect glandulaire.

Auprès de ces cellules, on voit des espaces lymphatiques dont l'endothélium est dédoublé, les noyaux eux-mêmes sont multipliés, et ces cellules endothéliales multipliées se disposent en rangées régulières qui se continuent avec les cellules avoisinantes. Les capillaires sanguins sont sains et ne présentent aucune modification de leur structure. Pas de points calcifiés ni ossifiés. Cette tumeur est donc un exemple très net de tumeur mixte endothéliale.

OBSERVATION XVI (Traduite)

Volkmann, Ueber Endothéliome Geschwülste.
(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1895.)

Myxo=chondrome endothélial en partie ossifié de la glande sous=maxillaire.

Cette tumeur provient de la glande sous-maxillaire d'un homme âgé de 27 ans. Elle fut extirpée en 1887, comme un enchondrome et conservée parmi la collection de Marchand. A la fin de 1894, aucune récidive n'était survenue.

Examen. — La tumeur est parfaitement arrondie, lisse, encapsulée et absolument dépourvue de débris glandulaires. La tumeur ressemble exactement, dans sa structure histologique, à celle que je viens de décrire ; mais on y rencontre une véritable ossification qui répond à peu près à la grosseur de la moitié d'une cerise. C'est le seul cas de tumeur des glandes salivaires dans lequel j'ai vu cette ossification. La portion osseuse est entourée sur tout son pourtour d'une zone de tissu cartilagineux. Dans ce tissu osseux, des ostéoblastes et des capillaires sanguins.

OBSERVATION XVII

(Hutchinson. Transactions of the pathological Society of London 1897, p. 63.)

Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire.

Un jeune homme de 30 ans vint réclamer mes soins à « London Hospital », pour une tumeur de la région sous-maxillaire gauche qu'il avait remarquée depuis 2 ans. Elle paraissait dure et nodulée au toucher. La peau n'était pas adhérente, par contre, profondément, la tumeur paraissait fixée sous l'aponévrose cervicale. Elle avait été ponctionnée 2 fois sans succès. On porte le diagnostic d'adénite tuberculeuse. Mais à l'opération, la tumeur fut trouvée en rapport avec la surface de la glande sous-maxillaire, au devant de laquelle elle s'était développée. Elle fut enlevée sans difficulté. Le malade guérit. Aucune trace de récidive et l'opération remonte à 18 mois.

Examen de la tumeur. — La tumeur était nodulée à sa surface, dure à la coupe, d'aspect jaunâtre, avec des noyaux blanchâtres cartilagineux. Au microscope, on voyait que ce tissu cartilagineux, non seulement formait des îlots, mais envahissait toute la tumeur, pénétrant jusque entre les acini glandulaires. Au centre des principales masses de cartilage, du tissu d'apparence osseuse. Les cellules cartilagineuses sont de volume variable. On trouve du cartilage hyalin et du cartilage fibreux. De place en place, de la tendance à de la dégénérescence myxomateuse. La portion adénomateuse de la tumeur est bien différente des acini normaux ; les lobules sont plus dispersés, d'une forme et d'un groupement très irrégulier ; quelquefois, il n'y a pas de lumière, ce n'est alors qu'une colonne de petites cellules épithéliales. Souvent les acini sont petits et de structure rudimentaire.

Donc, adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire.

OBSERVATION XVIII

(J. Curtis, 1898. Transactions of the pathological Society of London.)

Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire droite.

Une dame de 24 ans avait remarqué depuis 8 à 9 ans, une grosseur dans la région du cou. Elle augmentait de volume, surtout depuis 3 ans et semblait être un engorgement ganglionnaire sous la dépendance de dents cariées. La tumeur formait une proéminence sous la mâchoire inférieure droite. Elle était dure et avait le volume d'une grosse noix. La peau était mobile sur la tumeur ; elle était perceptible sur le plancher de la bouche et les pressions extérieures la rendaient plus perceptible encore.

Sur la demande de la malade, l'extirpation en fut pratiquée ; guérison par première intention. L'opération remonte maintenant à 9 mois, pas de récidive.

Description de la tumeur. — La tumeur enlevée a le volume d'une petite orange ; elle est nodulée, entourée d'une gangue fibreuse, résistante ; une partie de la glande sous-maxillaire est adhérente. A la coupe, on rencontre des portions dures, cartilagineuses. Microscopiquement, on trouve du cartilage hyalin contenant de nombreuses cellules étoilées ; en outre, de l'épithélium cubique et sphéroïdal, formant, ou des colonnes pleines plus ou moins ramifiées, ou des acini tubulés. On peut rencontrer tous les stades intermédiaires entre les cylindres de cellules pleins et les tubes glandulaires. Les vaisseaux sont en petit nombre ; il y a peu de tissu myxomateux. Sur la surface de la coupe, on trouve du tissu glandulaire typique.

OBSERVATION XIX

(Hinsberg. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1899. Bd. Li.)

Tumeur mixte embryogène de la région sous-maxillaire.

La tumeur remise à mon examen a la grosseur d'une petite pomme ; sa surface est unie et environnée partout par une capsule. A la coupe, on voit un tissu uniformément grisâtre, dans lequel gisent des îlots irréguliers de cartilage.

Microscopiquement on voit se dessiner nettement un stroma et un amas complexe de cellules. Le stroma pauvre en cellules, plus ou moins homogène, appartient manifestement au tissu conjonctif ; mais ce tissu conjonctif présente différentes modifications : Ici du tissu myxomateux, là du tissu cartilagineux ; il y a aussi beaucoup de tissu osseux. Tantôt les cellules sont en amas irréguliers, constitués par de grosses cellules avec un noyau bien distinct, un nucléole apparent et beaucoup de protoplasma. Ou ces amas sont massifs, ou ils présentent une lumière de grandeur variable contenant une substance granuleuse provenant de dégénérescence cellulaire. Ces cellules ont un épithélium plat. Les limites de ces amas de cellules épithélioïdes sont la plupart du temps très nettes, de sorte qu'il ne faut pas songer à trouver de transition avec le tissu avoisinant ; en d'autres endroits cependant, les limites sont très peu nettes. Tantôt les cellules se disposent en cordon, en traînées qui vont se perdre dans du tissu conjonctif ; mais on parvient encore à distinguer ces cellules épithélioïdes des cellules du stroma ; tantôt les cellules prennent une disposition glandulaire ; on se trouve en présence de lumières limitées par une ou deux assises de cellules. Ces lumières, tantôt de la dimension des acini glandulaires normaux, tantôt plus grandes, ont une configuration variable ; les petites sont orbiculaires ; les autres, les moins nombreuses, sont allon-

gées, nerveuses, ramifiées. Leur contenu n'est pas semblable partout ; tandis qu'il est constitué parfois par une masse régulièrement homogène, il est d'autres fois granuleux, et est alors le résultat de débris cellulaires. Notre tumeur est donc un mélange de tissus épithélial, myxomateux, cartilagineux et osseux.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Lowenbach. Archives de Virchow 1897.)

Anna P..., 36 ans, vient à l'hôpital pour tumeur du cou. Cette tumeur existe depuis son enfance et siège sous le maxillaire inférieur gauche ; à son origine elle était de la grosseur d'un haricot. Cette tumeur a grossi lentement ; mais dans les trois dernières années, elle a augmentée de neuf fois son volume. Elle siège dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche, a une consistance dure, est douloureuse à la pression. La peau a conservé son aspect normal et est mobile sur la tumeur.

Diagnostic clinique. — Tumeur de la région sous-maxillaire. Extirpation sous chloroforme. Guérison.

Anatomie Pathologique. — La tumeur de la grosseur d'une pomme est bosselée, grise en beaucoup d'endroits, blanc grisâtre en d'autres, de consistance variable, tantôt très dure, tantôt moins dure mais jamais molle. A la coupe, on distingue encore des tissus d'aspect variable. Il n'y a pas de membrane d'enveloppe continue.

Examen microscopique. — Le centre de la tumeur est constitué par du tissu conjonctif tantôt nettement fibrillaire, riche en cellules, tantôt homogène, muqueux, mais non myxomateux. De ce tissu conjonctif partent des septa conjonctifs limitant des alvéoles, et dans ces alvéoles, les éléments cellulaires.

Ces cellules sont assez grosses, ont une forme ronde ou elliptique, un protoplasme pas trop dense, un noyau gros, bien li-

mité. Tantôt elles sont disposées en tas ou en groupes sans aucune régularité apparente, mais bien souvent elles forment de petites cavités remplies d'une mucosité homogène ou nucléaire. En d'autres endroits, vu l'aspect épithélial des cellules, vu leur disposition en traînées, en cordons, on a sous les yeux l'image d'un cancer. A la périphérie de la tumeur, nous avons pu voir en 5 ou 6 points, au voisinage immédiat d'acini sains, nullement comprimés, des masses de néoplasmes, juxtapoxés aux culs-de-sac glandulaires, sans trace d'aucune séparation conjonctive ou vasculaire.

A côté du tissu conjonctif normal du centre de la tumeur, on trouve non seulement du tissu muqueux, mais aussi du tissu myxomateux, du tissu cartilagineux, des fibres musculaires, pas de tissu osseux.

OBSERVATION XXI

Recueillie dans le service de M. le Professeur Dubar,
Hôpital de la Charité, décembre 1902.
(Tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire) Thèse Lille 1903, n° 148, Minet.

Jeune fille de 19 ans 1/2, occupant le lit n° 1, de la salle Sainte-Thérèse ; est entrée à l'hôpital pour tuméfaction disgracieuse siégeant au-dessous du maxillaire inférieur gauche ; cette tuméfaction est apparue à l'âge de 12 ans ; elle s'est donc développée en 7 ans 1/2, lentement, mais progressivement sans poussées aiguës.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Rougeole à 8 ans ; jamais d'affection du nez, des oreilles, des lèvres, du cuir chevelu ; pas de ganglions du cou ni des autres parties du cou.

Examen. — Au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, une saillie sans changement de coloration de la peau ; à l'ouverture de la bouche, rien d'apparent sur le

plancher buccal. Si on saisit la tumeur entre les doigts, on peut estimer qu'elle a le volume d'une petite orange, qu'elle est mobile de haut en bas, un peu moins mobile dans les parties profondes. Son diamètre transversal de l'angle de la mâchoire au menton a 6 centimètres. Son diamètre vertical de la branche horizontale du maxillaire à l'os hyoïde a 3 centimètres. Elle occupe toute la région sus-hyoïdienne latérale gauche, en la débordant en arrière, et en s'enfonçant dans la profondeur ; elle occupe donc la région de la glande sous-maxillaire, après élimination des diagnostics d'adénite aiguë, d'adénite chronique tuberculeuse, de dégénérescence ganglionnaire cancéreuse, de tumeur ganglionnaire primitive, on conclut à une tumeur de la glande sous-maxillaire, tumeur bénigne vu la lenteur de l'évolution, vu le manque d'adhérences à la peau ; enchondrome ou tumeur mixte.

Opération. – Incision parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur, intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose ; la tumeur est mise nue, dégagée de toutes parts, on enlève en même temps une grande partie de la glande sous-maxillaire ; en certains points l'adhérence est intime entre le néoplasme et le tissu glandulaire. Ligature de la faciale. On voit nettement la loge sous-maxillaire avec le nerf lingual, le nerf XII, la veine linguale, le muscle digastrique. le muscle stylo-hyoïdien.

Examen de la tumeur macroscopiquement. — La tumeur pèse 47 grammes. Elle est de la dimension d'une petite pomme, légèrement ovoïde et aplatie sur ses deux grandes faces.

Sur la surface de la tumeur, on trouve un revêtement de tissu cellulaire lâche, recouvrant une masse de tissu grisâtre, nettement lobulée, ayant l'aspect du tissu de la glande sous-maxillaire. Ces parties de la glande se retrouvent surtout sur les deux grandes faces de la tumeur. A l'incision, le couteau rencontre sur l'un des bords une masse tout à fait osseuse, qui occupe un espace de la dimension d'une grosse noisette. Dans le reste de son étendue, le tissu est dur, ferme, de coloration blanche, assez homogène, laissant voir cependant sur la coupe un

certain degré de lobulation. Dans les manipulations, l'une des larges faces de la tumeur se détache du tissu glandulaire de la sous-maxillaire, et l'on peut voir alors que le tissu néoplasique est presque absolument indépendant, qu'il est comme encapsulé ; sur la face opposée, au contraire, l'adhérence du néoplasme avec le tissu glandulaire est plus intime : Il paraît y avoir continuité.

Microscopiquement « la tumeur est formée par une trame conjonctive dans laquelle on rencontre : des fibres lamineuses, des plaques de cartilage, des plaques et des travées de tissu ostéoïde et même du véritable tissu osseux. Toutes ces parties se tiennent et l'on passe insensiblement de l'une de ces formations à l'autre. Il y a même, çà et là, des points de dégénérescence myxomateux.

» Au milieu de ce troma, remplissant les mailles de ce réseau conjonctivo-chondro-ostéoïde, se trouvent des amas de cellules en nappes étendues, ou en trainées, ou en bourgeons disséminés : cellules d'aspect épithélioïde groupées par places autour de cavités rappelant des cavités glandulaires ».

OBSERVATION XXII

(Thèse Lyon 1905, Hinglais.)

R..., âgé de 12 ans, opéré le 3 mai 1904, par M. Albertin.

Examen histologique. — Les éléments de la glande hyperplasiés, divisés en lobules ou en boyaux contournés et anastomosés, sont séparés par des nappes de tissu fibroïde plus ou moins étendues.

Dans ces nappes, on voit de temps à autre apparaître une substance fondamentale hyaline rose. Lorsque cette substance apparaît, les cellules du tissu conjonctif ont l'aspect étoilé qu'elles ont dans le fibro-cartilage, ou même prennent une capsule ; dans le dernier cas, on a affaire à du cartilage, à n'en pas douter. (Paviot).

OBSERVATION XXIII

(Thèse Lyon 1905, Hinglais.)

Ch... Alexandre, trente ans, entre le 15 février 1905 dans la salle Saint-Sacerdos (Service de M. le professeur Jaboulay). Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Personnellement a eu dans sa première enfance les maladies contagieuses suivantes : rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde. Cela ne l'a pas empêché de se développer normalement sans aucune trace de ces diverses affections. Pas de maladies vénériennes. Il y a quelques années, attaque de rhumatisme articulaire aigu, sciatique à gauche.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à 1890 ; à ce moment, apparut une glande sous le rebord du maxillaire inférieur à gauche, il y prêta d'abord fort peu d'attention. Jusqu'en 1897, l'accroissement de cette glande resta très lent, mais depuis, il semble qu'elle augmente plus rapidement.

Actuellement, on sent dans cette région une tumeur trilobée, ayant en tout le volume d'un gros marron d'inde, de mobilité très grande superficielle. Sa consistance est dure. Sa situation exacte est à un travers de doigt du bord inférieur du maxillaire, la partie inférieure de la tumeur déborde l'os thyoïde arrivant jusqu'au cartilage hyoïde.

Rien aux poumons. Au cœur, ébauche de rythme mitral.

17 février. — M. le Professeur Jaboulay pratique l'ablation de la tumeur, pensant avoir affaire à une adénite chronique, ainsi que tous ceux qui avaient examiné ce malade. Mais au cours de l'intervention, il reforme son diagnostic trouvant la tumeur en connexion étroite avec la glande sous-maxillaire, encapsulée dans l'intérieur même de celle-ci ; en raison aussi de la dureté de la néoformation, il en fait un chondrome de la glande.

Suites opératoires très simples. Réunion par première intention. Sortie huit jours après l'opération.

Macroscopiquement, la petite tumeur extirpée revêt l'aspect d'un ganglion, elle est lisse, à contours réguliers, mais à la coupe, on voit un tissu pulpeux, légèrement jaunâtre, traversé par des bandes de tissu blanc nacré, aux reflets porcelaniques. Pas de kystes ni d'hémorragies interstitielles.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une de ces tumeurs singulières et propres aux glandes salivaires, successivement appelées chondromes, adéno-chondromes, tumeurs mixtes.

Les aspects des coupes sont très variés, suivant la coupe et la région dans laquelle elle a été pratiquée. Ici apparaissent de grandes nappes de tissu cartilagineux, là des amas cellulaires diversement orientés, parfois en traînées irrégulières, parfois en cordons pleins ou au contraire creusés de lumières glanduliformes

Si l'on étudie successivement ces diverses parties, on voit que le cartilage a des aspects très variables. Sur certains points, c'est du cartilage hyalin avec de rares cellules encapsulées avec une substance fondamentale uniforme, vaguement teintée en bleu violet par l'hématoxyline. Ailleurs, ce cartilage est différent soit par la multiplication de ses éléments cellulaires, soit par la fibrillation de sa substance fondamentale, laquelle est parfois déliquescente, comme dégénérée, ou au contraire fibro-cellulaire, comme du cartilage fibreux ou embryonnaire. En certains points les cellules sont triangulaires ou polygonales, parfois même ramifiées et rappellent un peu les cellules du tissu cornéen. Dans les parties non cartilagineuses, on voit du tissu fibreux très variable d'aspect, ici ; plexiforme ou réticulé ; là, embryonnaire avec de nombreuses cellules fusiformes rappelant tout à fait la coupe du sarcome fuso-cellulaire. Enfin, nous devons signaler de nombreux îlots cellulaires qui ont un aspect particulier ; organisés en groupes soit pleins, soit creusés de fentes et de lumières, ils font penser tantôt à un véritable carcinome, tantôt à des points d'adénome.

A *un fort grossissement*, on voit dans ces derniers points des rangées de cellules parfois régulièrement cubiques et analogues à celles des vésicules thyoïdiennes, tantôt plus longues, cylindriques. Tous les noyaux sont réguliers, de taille uniforme et prennent vivement le colorant.

En somme cette tumeur présente les aspects les plus variables et nous paraît résumer d'une façon presque schématique tous les aspects que les auteurs, réunissant des observations variées de tumeurs des glandes salivaires, ont pu décrire et s'efforcer d'interpréter.

Le 8 avril 1905, le malade est revu 2 mois après l'opération, pas de récidive.

CONCLUSIONS

Il existe des tumeurs complexes développées dans la loge sous-maxillaire et constituées selon le type des tumeurs mixtes, dites salivaires, par une multitude d'espèces tissulaires.

Ces tumeurs sont congénitales et indépendantes de la glande sous-maxillaire à laquelle elles se surajoutent en la déprimant.

Elles sont constituées par les diverses variétés de tissus de la série conjonctive : fibreux, myxomateux et cartilagineux. Le tissu osseux n'y a pas encore été signalé d'une façon indiscutable.

Leurs symptômes sont essentiellement ceux d'une tumeur dure, encapsulée et très mobile.

Elles sont remarquées dans la jeunesse et leur évolution est extrêmement lente, cependant elles peuvent subir exceptionnellement, la transformation maligne.

Leur pathogénie est fondée sur un trouble de développement embryonnaire.

Le pronostic en est habituellement bénin, sauf l'éventualité d'une transformation maligne.

Le seul traitement rationnel est l'extirpation chirurgicale.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 Février 1912.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du palais. *Revue de chirurgie*, Paris, 1897.

BOSC et JEANBRAU. — Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide. *Archives provinciales de Médecine*, 1899.

BRAULT et DECLOUX. — *Bull. de la Société anatomique*, 1899.

CHAINTRE. — Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire gauche. *Gazette des Hôpitaux*, 1888.

A. COLLET. — Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres. Thèse Paris, 1895.

CUNÉO et VICTOR VEAU. — Contribution à la pathogénie des tumeurs mixtes parabuccales. Congrès international de médecine, section de chirurgie, 1900.

CURTIS et PHOCAS. — Tumeurs mixtes de la parotide. *Archives provinciales de Médecine*, 1899.

DUBAR. — Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire gauche. *Écho médical du Nord*, 1903.

DUPLAY et Reclus. — Tumeurs de la glande sous-maxillaire. *Traité de chirurgie*, tome V, p. 285.

GRIFFINI et TROMBETTA. — Chondro-carcinome primitif de la glande sous-maxillaire. *Arch. per. l. sc. médic.*, 1883, t. VII.

GROSS et VAUTRAIN. — Chondro-sarcome de la glande sous-maxillaire. *Revue médicale de l'Est*, 1886.

Herzfeld. — *Ueber Geschwülste der Glandula sub-maxillaris. Inaug. Dissert.*, Berlin, 1893.

Hinsberg. — *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1899, Bd LI.

Hoffmann. — *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1899.

Joubard. — Du cancer de la glande sous-maxillaire. Thèse de Paris, 1888.

Krohn. — Ueber Geschwülste der sub-maxillaris spicheldrüsen. In. diss. Halle, janvier 1899.

Küttner. — Die Geschwülste der sub-maxillaris spicheldrüsen *Beitr. z. Klin. chir.* 1896, p. 16.

Labbé et Giroux. — Tumeur mixte de la sous-maxillaire. *Bulletin de la Soc. Anat.* de Paris, 1908.

Landsteiner. — Zur Kenntniss der mischgeschwülste der speicheldrüsen. *Zeitschrift fur heilkunde*, 1901, 22.

Lannelongue. — Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire. *Bull et Mém. Soc. chirurgie*, 1879.

De Larabrie. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale. *Archives générales de Médecine*, Paris, 1890.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie. Tumeur de la glande sous-maxillaire.

Lenormand. — Tumeur de la sous-maxillaire. *Progrès Médical*, Mai, 1909.

Lenormand, Rubens-Duval et Cottard. — Les tumeurs mixtes de la joue et des lèvres. *Revue de chir.* Juillet, 1908.

Lowenbach, G. — *Arch. Wirchow* (C L).

De Marignac. — *Bull. Soc. anat.*, 1877, p. 56.

Massabuau. — Les tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Rev. de chir.* 1907.

Martini. — Sur l'origine endothéliale des tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Pathologische anatomie und physiologie*, 1907.

Minet. — Tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire. *Thèse de Lille*, 1903.

Morestin. — Vol. enchondrome de la sous-maxillaire *Congrès Français de chirurgie*, 1905.

Nasse. — *Die Geschwülste der speicheldrüsen*, Bd XLIV.

NEPVEU. — Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, 1879.

PÉROCHAUD. — Thèse Paris, 1885, n° 167. Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires.

PIERRE-NADAL et LACOUTURE. — Bulletin de la Société Anatomo-Clinique de Bordeaux, 1910.

PAILLER. — Les épithéliomes polymorphes de la parotide.

PONCET. — *Gazette des Hôpitaux*, 1888. Tumeurs de la glande sous-maxillaire.

PONSOT. — Tumeurs de la glande sous-maxillaire. Thèse Lyon, 1894, n° 95.

POZZI. — Chondrome primitif de la région sous-maxillaire. *Bulletin Société anatomique*, 1872.

SECOURGEON. — Tumeurs solides primitives de la glande sous-maxillaire. Paris, 1902, n° 106.

TALAZAC. — Des tumeurs de la glande sous-maxillaire, 1869, n° 54.

VERNEUIL. — *Bull. et Mém. Société chirurg.*, t. XXI.

VOLKMANN. — Die geschwülste der sub-maxillaris speicheldrüsen. *Deutsch. Zeits. fur. chir.* 1895.

Victor VEAU. — De l'épithéliome branchial du cou. Thèse Paris, 1901.

— Les épithéliomas branchiaux du cou. *Revue de chirurgie*, 10 mars 1900.

WILMS. — Die Mischgeschwülste, Leipziz, 1902.

WOOD. — The mixed tumors of the salivary glands, 1904.
